

Faculté de Médecine de Paris

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 22 juillet 1893, à 1 heure

Par EDMOND ANGOT

Né à Laval, le 14 juin 1866

DU TRAITEMENT

DES

TYPHLITES AIGUËS

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. } LE DENTU, professeur.
 } JOFFROY, CHANTEMESSE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

Faculté de Médecine de Paris

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 22 juillet 1893, à 1 heure

Par EDMOND ANGOT

Né à Laval, le 14 juin 1866

DU TRAITEMENT

DES

TYPHLITES AIGUËS

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
 { JOFFROY, CHANTEMESSE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAX.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BAILET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS.
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RÉGNAULD

Ancien président de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE BEURMANN

Médecin des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Témoignage de respect, d'affection et de reconnaissance.

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Président de l'Académie de médecine

Médecin des hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON LABBÉ

Sénateur

Chirurgien des hôpitaux

Commandeur de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR TUFFIER

Professeur agrégé

Chirurgien des hôpitaux

A MES MAÎTRES

Hommage respectueux

DU TRAITEMENT
DES
TYPHLITES AIGUËS

PREFACE

Une étude plus attentive des données fournies par l'anatomie pathologique, une connaissance plus exacte des rapports véritables qu'affecte le cœcum avec le péritoine et surtout les faits révélés par les interventions dirigées dans ces dernières années contre les appendicites ont modifié complètement les idées que l'on se faisait jusqu'ici de la pérityphlite. Grâce aux travaux parus en grand nombre sur cette question on se fait maintenant des notions beaucoup plus exactes sur cette affection d'autant plus intéressante qu'elle est fréquente et qu'elle fait causer de sérieux dangers aux malades. Bien des points ont été élucidés dans ces derniers temps, pas tous cependant, car on discute encore sur l'utilité de l'intervention dans certains cas sur la situation et la direction de l'incision, sur l'époque où doit se faire l'opération. Nous n'avons pas la prétention de trancher ces questions délicates n'ayant aucunement pour cela la compétence nécessaire, mais nous nous

sommes efforcé par des recherches aussi étendues que cela nous a été possible de bien établir où on en était à l'heure actuelle. Nous ne nous sommes pas bornés au côté en quelque sorte purement historique et bibliographique ; grâce à l'obligeance de notre excellent maître, M. le Dr Tuffier, nous pouvons apporter ici des matériaux inédits que nous avons recueillis avec soin dans les hôpitaux. Nous adressons le témoignage de notre profonde reconnaissance à M. le Dr Laboulbène pour la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant la durée de nos études médicales et dont il nous a donné une preuve nouvelle en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous remercions aussi tout particulièrement M. le professeur Régnauld qui a toujours bien voulu nous éclairer de ses excellents conseils et nous accueillir avec une bonté toute paternelle.

Nous témoignons notre plus vive gratitude à M. le Dr de Beurmann dont l'affectueux dévouement pour nous et les nôtres demeurera un de nos plus doux souvenirs.

M. le professeur Pinard voudra bien agréer nos témoignages respectueux de reconnaissance pour l'accueil sympathique et l'enseignement si précieux que nous avons trouvés à la clinique Baudelocque.

Nous sommes enfin très heureux de l'occasion qui nous est offerte pour adresser nos plus sincères remerciements à MM. les professeurs agrégés, chirurgiens et médecins des hôpitaux : Labbé, Pozzi, Richelot, Tuffier, Routier, Michaux, Richardière, Siredey et Delpuech, qui ont toujours été si bienveillants pour nous pendant notre externat.

HISTORIQUE

C'est surtout aux Américains que l'on doit la tendance interventionniste actuelle dans les cas dénommés autrefois pérityphlites et qu'on qualifie plus volontiers aujourd'hui d'appendicite. Ce sont eux qui ont donné en 1884 l'exemple d'une audace plus grande, et que justifieraient du reste les progrès du manuel opératoire et surtout l'introduction des pratiques antiseptiques en chirurgie.

Les praticiens de l'ancien monde furent d'abord surpris, presque hostiles en présence de tentatives que la routine faisait passer pour plus périlleuses qu'elles ne l'étaient en réalité. Mais bientôt éclairés par une étude plus attentive des faits et par les succès éclatants de leurs confrères des Etats-Unis ils secouèrent leur apathie, et eux aussi consentirent à entrer dans une voie nouvelle. La fameuse discussion dans laquelle Michammed se prononça énergiquement en faveur de l'intervention hâtive, les travaux de Mikulitz, Schuller et Gerster en Allemagne, ceux de Reclus, Tuffier en France, sont les principaux épisodes de cette marche en avant que devaient justifier des résultats aussi heureux pour les malades que glorieux pour le médecin.

AMÉRICAINS.

Stimson distingue deux cas différents, celui où il faut ouvrir le péritoine et celui où il s'agit d'évacuer un abcès extra-péritonéal.

Dans le premier cas rentrent les opérations faites dans l'intervalle de deux attaques d'appendicite, les laparotomies précoces, enfin les cas de péritonite généralisée.

Premier groupe. — Il n'est pas toujours facile de reconnaître la situation exacte et les conditions dans lesquelles se trouve l'appendice vermiculaire, l'absence ou la présence du pus. On donnera ici le plan à suivre dans les opérations les plus simples et l'on indiquera ensuite les divergences opératoires que ces circonstances nécessitent. On commencera donc par distinguer les cas où l'inflammation a disparu de ceux où il s'agit d'une laparotomie précoce ; on indiquera aussi les mesures à prendre quand il y a du pus en quantité modérée ou au contraire considérable quand l'abcès occupe une situation exceptionnelle

Si le temps l'a permis on aura étendu pendant quelques heures sur le ventre une couche de savon noir, on désinfectera ensuite avec le sublimé dans lequel on trempera des compresses que l'on étendra sur le ventre. Après anesthésie, on enveloppera tout le corps du malade, sauf l'abdomen, de couvertures de laine ; si l'on n'a pu prendre les mesures indiquées plus haut on lavera avec l'alcool et l'éther.

On a le choix entre une incision médiane et une autre

faite sur le bord externe du grand doigt de l'abdomen ; cette dernière sera plus souvent employée dans la laparotomie précoce ; la première est réservée à des cas douteux, présentant des indications particulières. Voici les raisons de cette conduite, on arrive ainsi directement sur la base de l'appendice et sur le champ opératoire, et l'on peut drainer par la voie la plus courte et la plus directe. Ces avantages l'emportent manifestement sur ceux que l'on a en agissant sur la ligne médiane qui permettrait d'éviter la rencontre d'adhérences au moment de l'ouverture de la cavité abdominale et de faire plus facilement la toilette du péritoine.

On peut obtenir l'équivalent du premier de ces avantages en prolongeant l'incision en haut ; quant au lavage il n'est pas toujours nécessaire.

Cette incision recommandée par Roux a été fortement préconisée par Reclus, mais l'auteur ne semble avoir eu en vue que les cas où il s'agit d'abcès extra-péritonéaux qui se développent près de la paroi antérieure de l'abdomen.

On incise sur le bord externe du grand droit en commençant un peu au-dessus de l'ombilic. la peau, l'aponévrose ; on pince le péritoine, on y fait une boutonnière et l'on coupe avec le bistouri sur la sonde cannelée, ou bien on agit avec le dos d'un scalpel ou deux doigts de la main gauche pour éviter la blessure de l'épigastrique. On incise le péritoine de haut en bas pour mieux éviter les adhérences signalées plus haut ; si celles-ci existent, et qu'on ne peut s'en débarrasser, on en est quitte pour prolonger l'incision en haut.

L'intestin grêle est rejeté à gauche de la ligne médiane et maintenu par des éponges plates. Si l'appendice n'est pas visible, l'opérateur soulève le cœcum et cherche au-dessous; s'il est libre de toute adhérence, on le saisit; on fait au niveau de sa base des ligatures au catgut, on incise en protégeant les parties voisines à l'aide d'éponges.

On lave le moignon qui reste, et tenant la ligature avec des tampons aseptisés on touche avec le cautère Paquelin. Cette manière de traiter le pédicule a été employée par l'auteur et l'on ne suture simplement que les surfaces sereuses opposées. Cette dernière méthode est plus longue et moins sûre et met moins à l'abri de la récurrence.

Quand la situation de l'appendice est rendue méconnaissable par les adhérences anciennes on le cherchera par la palpation derrière le cœcum, le mésentère où la portion terminale de l'iléon; on aura pour point de repère la bande musculaire supérieure qui se termine à l'appendice. On se débarrasse le plus souvent des adhérences avec un instrument mousse, afin d'éviter les hémorragies et les blessures de l'intestin. Souvent on trouve du pus en arrière du cœcum, on épongera avec soin et on lavera la plaie dans la solution phéniquée forte.

Dans les cas où l'opération ayant été retardée l'appendice est méconnaissable, on se contentera d'évacuer le pus et le drainer. Parfois le pus s'élève assez haut derrière le côlon ascendant et arrive ainsi jusqu'au foie; on épongera comme dans le cas précédent, et pour mieux drainer, on fera quelquefois une contre-ouverture au niveau de la crête iliaque. Si l'abcès se propage dans le

pelvis on pourra la pratiquer dans le rectum. Stimson est d'avis que dans la majorité des cas il est inutile de faire une toilette péritonéale, l'indication en est fort limitée, dans ce cas on se servirait d'un tube de verre donnant un jet assez fort que l'on promènera dans tous les coins de la cavité abdominale. On chassera ainsi la plus grande partie des attaques nuisibles, quant à espérer une désinfection complète c'est une illusion.

Dans certains cas exceptionnels le pus s'est infiltré entre les anses intestinales et la paroi abdominale; alors il est préférable de se servir du doigt comme guide; s'il existe un abcès, le drain doit se terminer en dedans au moignon de l'appendice. Les mèches de gaze iodoformées sont également utiles en arrêtant la formation du pus.

Deuxième groupe. — L'abcès est extra-péritonéal, on s'occupe de l'évacuation du pus sans faire l'ablation de l'appendice à moins que cette ablation soit possible.

Enfin Stimson examine le cas où un vaste abcès bombe sous la paroi abdominale du côté du ligament de Poupart; une incision parallèle à ce ligament est alors indiquée, on risque, il est vrai, de diviser les adhérences sans s'en apercevoir, aussi a-t-on maintes fois essayé la simple ponction, mais l'incision est plus sûre.

Essler Williams est du même avis que Stimson, il a publié 6 cas très intéressants au point de vue clinique qui prouvent que l'appendice peut occuper des places très diverses. *Martin* dans la discussion très animée qui eut lieu à la Société médicale de Philadelphie rejette l'emploi du thermocautère et de la ponction exploratrice.

Keen, au contraire, comme la majorité des Allemands

se prononça en faveur de la ponction exploratrice dont il s'efforça de montrer l'utilité dans les cas douteux et qu'il déclara, en somme, sans grands dangers.

Weir soutint, ce qui n'est pas exact, qu'on ne guérit pas quand toute la séreuse abdominale est atteinte. Il n'a jamais vu de malade guérir par l'opération dans les cas de péritonite généralisée. Il est partisan de la ponction que repousse *Wietherby*. Celui-ci se montra résolu partisan de l'intervention hâtive pour les motifs suivants : 1° facilité de l'injection de tout le péritoine, or, c'est à la péritonite généralisée que sont dus la plupart des morts ; 2° nécessité de se hâter car cette péritonite tue en 5 jours ; 3° diminution considérable de la durée de la maladie. Il rapporta 4 cas qui prouvent combien il est difficile de se rendre compte des lésions avant l'intervention chirurgicale. *Mac Burney* fit remarquer que grâce à la chirurgie, le pronostic des pérityphlites s'est amélioré. Cet auteur ne nie pas la fréquence des guérisons spontanées, mais on s'est fait des illusions à ce sujet. Fritz a fixé le chiffre de la mortalité à 26 0/0 et Stimson à 25 0/0. La douleur est un excellent symptôme, c'est un phénomène précoce, mais elle peut exposer à des erreurs de diagnostic, on peut la déterminer sûrement en enfonçant ses doigts dans l'appendice et en faisant tousser en même temps le malade. Mais son intensité n'est pas en rapport avec celle du mal. La tumeur apparaît au plus tard le troisième jour, la paroi musculaire se tend, quant à la fièvre elle existe, mais ici encore on a à signaler de nombreuses anomalies d'après les cas considérés. Le diagnostic devient plus facile du reste les jours suivants. Burney s'efforça de prouver que

l'appendicite est une affection essentiellement septique, on n'opèrera pas tout de suite, mais dès que le malade présentera quelque symptôme caractéristique nécessitant l'intervention. On permettra ainsi aux cas légers de guérir spontanément. Burney repousse les opiacés et dit que si le traitement médical n'amène pas une amélioration manifeste il faudra recourir au traitement chirurgical.

Dès que les phénomènes s'aggravent il faut faire la laparotomie, si on attend plus longtemps on risque de tomber sur une péritonite tout à fait généralisée et de rencontrer du météorisme. « C'est disposer à une affection septique des intestins à laquelle aucun malade n'échappe quand les phénomènes sont très aigus d'emblée, cela indique très vraisemblablement que la perforation est subite, le danger est grand, et oblige à intervenir tout de suite alors que le malade n'est pas épuisé ni intoxiqué, ce qui est très favorable. »

Hermann Mynter, professeur de chirurgie à l'université Magaret, rappelle qu'il a soutenu dans un article paru en 1879, dans le *Buffalo medical journal*, que la typhlite un peu intense est mortelle quand on l'abandonne à elle-même.

Passant en revue les opinions des auteurs Américains, il dit que *Bull* comme beaucoup d'auteurs Européens s'est efforcé d'établir une division bien nette entre les typhlites catarrhales pouvant guérir par le traitement médical et les pérityphlites suppuratoires qui réclament toujours l'intervention du chirurgien.

Mac Murtry penche vers une origine ulcéreuse de l'affection : l'appendice se perfore par une cause ou

une autre, et c'est la cause de tous les accidents, ceux-ci sont souvent assez graves pour nécessiter une intervention hâtive. En définitive, si nous réunissons les conclusions auxquelles sont arrivés la majorité des chirurgiens américains interventionnistes et ils le sont presque tous, le pronostic de la typhlite abandonnée à elle-même serait beaucoup plus grave qu'on ne l'a dit car presque toujours elle est due à un processus ulcéreux et septicémique qui a frappé l'appendice.

Le cœcum lui-même n'est que très rarement en cause. Il résulte des nombreuses observations qu'ils ont publiées, que les lésions même intenses n'ont pas toujours de phénomènes proportionnels à la grandeur du mal, cependant les premiers ils se sont efforcés d'éclairer le diagnostic et de peser les indications opératoires. Beaucoup penchent vers l'intervention hâtive pour sauver le malade de la possibilité de dangers très sérieux et pour abréger la durée de ses souffrances. Ils ne sont pas d'accord sur l'utilité et les périls de la ponction exploratrice. Quant à leurs procédés opératoires nous en parlerons plus loin, disons cependant que quelques-uns soutiennent qu'il y a toujours péritonite au début, qui tantôt se généralise, tantôt s'enkyste, et interviennent avant que cet enkystement puisse se former ; ils sont d'avis de faire la laparotomie par les moyens habituels, c'est-à-dire par la ligne médiane.

ANGLAIS.

Bien que ce soit en Angleterre, en 1883, qu'on se soit déclaré pour la première fois nettement en faveur de

l'intervention hâtive, la majorité des praticiens semble beaucoup plus timide qu'en Amérique et compte beaucoup plus sur la guérison spontanée de l'affection. Cependant les grands chirurgiens de ce pays ne méconnaissent pas la nécessité et l'utilité de l'intervention quand le besoin s'en fait sentir. Trèves, qui a fait paraître des travaux importants sur ce sujet, est arrivé aux conclusions suivantes (*a discussion of the surgical traitement of typhilitis by trèves Britisch*, journal 1889, page 1030), il n'y a pas de pus : moyens thérapeutiques ; s'il y a du pus : intervention chirurgicale pour évacuer la collection. Il ne faut pas opérer avant cinq jours car il est bien rare que le péritoine s'infecte avant cette date ; opérer auparavant c'est s'exposer de tomber sur des lésions où le pus ne s'est pas encore collecté. La ponction doit être rejetée car elle est plus dangereuse et plus incertaine qu'on ne l'a dit. Il faut repousser l'incision sur la ligne médiane et préférer celle qu'on emploie pour la ligature de l'artère iliaque, les blessures du cœcum sont peu à craindre car ces sortes de fistules se referment bientôt d'elles-mêmes.

Trèves ne croit pas à la forme catarrhale de l'appendicite : celle-ci est toujours ulcéreuse.

Hermann Mynter ne croit pas que l'inflammation de l'appendice détermine si souvent qu'on l'a dit des adhérences protectrices, car l'organe peut être trouvé plein de pus sans que celles-ci existent.

C'est là un sérieux danger de péritonite septique généralisée si la rupture se fait brusquement. L'abcès est moins souvent intrapéritonéal qu'on ne l'a dit. Dans un

cas il a trouvé un abcès qui bombait du côté du ligament de Poupart, et était complètement extra-péritonéal bien qu'on put voir dans le foyer purulent le cœcum et son appendice.

Fowler fait remarquer que les circonstances dans lesquelles peut se trouver le chirurgien en cas d'appendicite sont très variables. Il peut y avoir adhérences enkystantes, péritonite généralisée, ulcération, perforation, catarrhe simple, etc. Le point important est de faire son incision de manière qu'on atteigne facilement la base de l'appendice, cause de tout le mal. L'auteur préconise l'incision le long du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen ; pour faciliter l'opération, en empêchant le plus possible le péritoine de s'infecter par la collection purulente, on entourera les parties malades de gaze stérilisée.

Clark et Schmit considèrent :

1° *Le moment de l'intervention.* — Presque jamais elle ne peut se faire avant le cinquième jour à cause de la difficulté du diagnostic et du peu de symptômes fournis par la collection, au début surtout, quand elle se fait à la partie postérieure du cœcum vers le psoas.

2° *Le procédé opératoire.* — Trèves proscrit absolument toute tentative d'exploration avec une aiguille aspiratrice que conseillent les médecins américains, c'est une pratique dangereuse et inefficace qui ne décèle pas toujours la présence du pus même quand il existe.

L'incision doit être oblique ou semi-lunaire, jamais verticale et toujours située en dehors de la ligne blanche. Une fois le foyer ouvert, il ne faut pas se hâter de recher-

cher le corps étranger de peur de rompre les adhérences. Mieux vaut fixer un drain et laver les foyers antiseptiquement que de disséquer la région et de s'exposer à des ruptures.

L'établissement d'une fistule cœcale est presque toujours temporaire; cet accident a une grande tendance à guérir spontanément.

3° Dans les typhlites à répétition, l'auteur consulte l'*excision de l'appendice iléo-cæcal* qui doit être pratiquée dans la période apyrétique, quand il n'y a aucun symptôme inflammatoire.

L'appendice une fois découvert et séparé de ses adhérences ne doit pas être simplement coupé et lié. Après l'avoir serré avec une pince, on l'excise, et successivement une suture doit être faite sur la muqueuse et la tunique séreuse, comme pour la réparation d'une plaie intestinale; après quoi la paroi abdominale est suturée avec un drain placé en permanence.

ALLEMANDS

En Allemagne l'intervention hâtive a trouvé plus de résistance qu'en Amérique. Même en 1892 la majorité des chirurgiens berlinois semble s'être prononcée pour l'expectative au moins pendant les premiers jours. *Bardelesbel* a fait remarquer à *Sonnenburg* que tous les praticiens ne trouveraient pas des conditions aussi favorables au point de vue opératoire qu'à l'hôpital Mohabit. *Horte* a reproché également à *Sonnenburg* d'agir trop vite et de ne pas faire usage de la ponction exploratrice dont

on s'est exagéré les dangers. Cependant en Allemagne comme ailleurs il semble que les interventionistes qui ont dans leurs rangs des personnalités médicales très importantes gagnent du terrain et *Bergmann* répondant à *Sonnenburg* dit qu'il n'a aucun grief contre l'intervention même hâtive pourvu qu'il soit sûr de trouver du pus. *Kraft* un des premiers a soutenu en Allemagne que la guérison dans la typhlite est rare et qu'elle expose à des récidives, c'est une affection des plus fréquentes si on s'en rapporte aux relevés de l'institut pathologique de Copenhague où *Toff* en a constaté les lésions anciennes ou non sur plus de 35 0/0 de cadavres.

Mykuliez de Kænigsberg, établit deux variétés principales parmi les péri-typhlites toujours dues à une perforation de l'appendice. Dans certains cas le processus essentiellement septique tend d'emblée à déterminer une péritonite généralisée ou bien celle-ci survient parce que la largeur de l'ulcération permet aux matières intestinales de couler à flots. Mais une deuxième forme qu'il appelle péritonite purulente progressive, la péritonite, est d'abord locale et le pus s'infiltré de proche en proche limité par des adhérences.

Sonnenburg est partisan décidé de l'intervention. Il est arrivé à cette conviction par les faits que lui a fournis son expérience personnelle; cependant il avoue que beaucoup de cas guérissent spontanément, soit par évacuation dans l'intestin et c'est là un mode de terminaison beaucoup plus fréquent qu'on le pense et qui échappe cependant à l'entourage quand le pus n'est pas abondant, ou bien par résorption des parties liquides du foyer purulent dont les

parties solides se rétractent et s'indurent. Mais à côté de ces deux processus, il y a aussi la tendance stationnaire, comme l'ont démontré les faits publiés par Schede et Wartz (Société médicale de Hombourg), qui prouvent que les collections purulentes peuvent persister dix, quinze, vingt ans, se rompre tout à coup et déterminer une péritonite mortelle. Dans d'autres cas on a des récidives intentionnelles qui forcent en fin de compte d'intervenir et de supprimer l'appendice. Sonnenburg croit que chaque cas doit être considéré à part. Il fait un exposé brillant des symptômes qui, suivant lui, permettent au praticien de fixer son diagnostic.

S'il n'y a pas de complications septiques, l'opération, quoiqu'elle soit la seule source de salut, offre bien moins de chances de réussite.

Sonnenburg opérait souvent autrefois au thermo-cautère, maintenant il rejette cette pratique parce qu'elle amène une guérison trop lente et parce qu'elle ne permet pas de se débarrasser de l'appendice, source continuelle de récidives. L'auteur est partisan de la ligne courbe d'incision que l'on pratique pour la ligature de l'iliaque primitive, mais on la modifiera légèrement, on commence au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, puis on se dirige sur l'arcade crurale. On évite ainsi la production d'hémorrhagie consécutive, signalée par les opérateurs, et on arrive facilement sur les abcès profonds.

Dans les cas de collection purulente, on fera une contr'ouverture le long du bord du carré des lombes.

Le Dr Kreke (*Die chirurgische Behöwd hing der Wom*

Wurmfoisalze ausgehenden cervamiscrripten. und allgermannem Peritonitis Deutsche Zitschrift für chirurgie, XXX, p. 257, 1890), croit que la maladie commence toujours par une péritonite locale due à des perforations de l'appendice.

Dans les cas difficiles, on recourra à la ponction et même à l'incision exploratrice. Les cas infectieux sont les plus dangereux. Même dans ces circonstances si défavorables, l'intervention peut assurer la guérison comme le démontrent deux observations de Kreke. Dans un des cas, il s'agissait d'une fillette de 6 ans. Malgré le jeune âge des sujets et l'existence d'une péritonite généralisée, il y a eu guérison.

En définitive, les Allemands sont moins hardis que les Américains. Ils n'interviennent que lorsque les symptômes et une ponction exploratrice leur ont démontré l'existence d'un foyer purulent ; car la plupart admettent deux formes bien nettes : l'*appendicite catarrhale* pouvant parfaitement guérir par le traitement médical et l'*appendicite septique* tendant à la généralisation persistante qu'il faut traiter chirurgicalement. La plupart comme Sonnenburg adoptent une ligne d'incision analogue à celle qu'on pratique pour la ligature de l'artère iliaque et cela se justifie, puisqu'opérant plus loin que les Américains ils ont plus de chance de tomber sur un foyer enkysté. Ils évitent ainsi, disent-ils, les hernies consécutives, les éviscérations, et peuvent plus facilement ouvrir les collections profondes souvent limitées déjà par les adhérences.

SUISSES.

Les chirurgiens de la Suisse Allemande (Koch, etc.) se sont rangés à la façon de voir des Allemands, ils sont de plus en plus interventionnistes dès que la pérityphlite semble présenter la moindre gravité.

Mandach a publié dans le *Correspondenz Blatt für Schweizer Artze* de 1892, 5 observations fort intéressantes qui montrent toute la valeur de l'opération précoce. *Roux, de Lausanne*, a publié une série de travaux prouvant qu'il faut opérer, et que c'est le meilleur moyen de sauver le malade de périls redoutables et de récidives continues ; il est contre la ponction exploratrice. Nous reviendrons du reste plus loin sur les idées de cet auteur qui a beaucoup fait pour éclairer la question épineuse du traitement des appendicites.

FRANÇAIS.

En France, les résultats brillants obtenus à l'étranger fixèrent l'attention, et, sans quitter les habitudes de sage réserve qui font l'honneur de l'école française, on se demanda si le traitement médical ou l'intervention chirurgicale habituellement si timide correspondaient bien à la grandeur des dangers à combattre et à la nature des lésions.

Le travail de Tuffier qui démontrait nettement que

l'appendice, contrairement à ce qu'on avait pensé, était intrapéritonéal dans toute son étendue, modifia beaucoup le cours des idées.

Une vive discussion s'engagea entre les interventionnistes et les non-interventionnistes. Les médecins penchaient naturellement pour l'expectative et les moyens de douceur ; ils essayaient de faire ressortir que la guérison est une terminaison presque habituelle de la pérityphlite et que la péritonite généralisée est rare.

Peter fut à la tête des adversaires de l'incision précoce, et il eut des partisans dans le corps des chirurgiens des hôpitaux. Berger, lui aussi, tout en reconnaissant l'intervention précoce comme nécessaire dans certains cas, insista sur la fréquence des guérisons spontanées : Mandilion soutint à la Société médicale de Bordeaux que le plus souvent l'affection ne réclamait qu'un traitement médical. Sur 10 cas il n'a eu que deux fois à intervenir chirurgicalement pour des abcès qu'il a souvent drainés et qui ont guéri : « Comme vous le voyez, il ressort de ma pratique personnelle que le traitement médical guérit cette affection dans la grande majorité des cas et en cela je suis d'accord avec un grand nombre de médecins parmi lesquels je citerai Peter et Jules Simon qui n'ont eu qu'exceptionnellement l'occasion d'intervenir chirurgicalement dans le traitement de l'affection qui nous occupe. » Voici quel est son traitement. « Dans la période aiguë, repos absolu au lit, diète lactée, application de vessies remplies de glace ; on emploie l'onguent napolitain belladonné recouvert de cataplasmes appliqués sur la fosse iliaque ; quelquefois des sangsues quand la

douleur est vive et la réaction fébrile intense, quelques purgatifs et un grand lavement d'eau chaude avec deux cuillerées de glycérine matin et soir. Dans la période subaiguë, révulsifs au niveau de la fosse iliaque, vésication, pointes de feu, laxatifs doux et régime réservé ». Et il en conclut :

« Dans l'immense majorité des cas, le traitement médical énergique guérit les typhlites, pérityphlites et appendicites; exceptionnellement l'intervention chirurgicale est indispensable quand une collection purulente s'est fixée le long du cœcum et que le diagnostic est net et très précis, alors il faut traiter cette affection par les procédés de la chirurgie moderne. »

Nous reviendrons sur les communications de notre excellent maître M. Tuffier qui contredisent absolument les idées de Mondillon.

M. Reclus est du même avis que M. Tuffier, au point de vue de la nécessité de l'intervention, mais il diffère des autres chirurgiens français sur quelques points spéciaux : aussi croyons-nous devoir insérer ici son mémoire paru dans le *Bulletin de chirurgie*.

« La pathogénie de cette affection est maintenant très bien connue : Des corps étrangers, pépins, noyaux, débris d'os, surtout matières fécales durcies, franchissent la valvule de Gerlach et pénètrent dans l'appendice ; elles y déterminent une irritation des parois et une hypersécrétion de la muqueuse ; si la valvule de Gerlach ne cède pas et s'oppose à l'évacuation dans le cœcum, s'il se forme une coudure, des adhérences que rétrécissent le processus à sa base et retiennent dans sa cavité

distendue les corps étrangers et les substances sécrétées, une véritable tumeur se produit ; la tunique interne s'ulcère d'autant plus facilement que la distension des parois comprime les vaisseaux et ralentit la circulation sanguine ; les microbes pathogènes de l'intestin peuvent ajouter leur effet nuisible en inoculant les tissus ; une plaque gangréneuse se forme, et lorsque la partie morte se sépare du vif, la perforation survient.

Deux alternatives peuvent alors se produire ; ou bien l'appendice vermiforme, sans adhérences, libre dans la séreuse, verse ses produits septiques dans le péritoine et provoque une inflammation généralisée comme dans la première de mes observations, ou bien sous l'influence de l'irritation que les corps étrangers provoquent dans le processus, des néomembranes l'enveloppent qui le font adhérer aux organes voisins, cœcum, anses de l'intestin grêle, péritoine pariétal, et les matières infectieuses pénètrent dans ces néomembranes, s'y infiltrent et amènent la formation d'une collection qui, bien que intrapéritonéale, est limitée et séparée du reste de la séreuse ; aussi celle-ci est-elle soustraite à l'inflammation ; la péritonite est localisée et représente ce qu'on appelait autrefois les abcès de la fosse iliaque. Nos deux dernières observations appartiennent à cette variété.

Dans nos trois cas, nous avons eu recours à l'incision : en effet, les observations qu'on publie de toutes parts prouvent que l'ouverture large et hâtive est la seule méthode efficace. Certes, dans notre premier fait, le résultat n'a pas été brillant, et nous avons pu nous convaincre, par la lecture de nombreux mémoires sur ce

sujet, que la terminaison fatale est de règle lorsque, comme dans notre cas, la péritonite se généralise d'emblée, il n'en faut pas moins intervenir, et un succès peut être obtenu si on opère dans les trois premiers jours, on cite plusieurs guérisons à la suite de ces interventions rapides, Max Schuller entre autres, en a publié une fort remarquable.

Même incision rapide dans les cas de péritonite généralisée, d'accès pérityphlites. Ici l'urgence est moindre, puisque la séreuse est protégée par des néo-membranes préexistantes, mais il ne faut pas oublier que l'abcès peut s'ouvrir dans le péritoine, dans les vaisseaux du hile du foie, dans la plèvre et dans une anse intestinale et provoquer des complications redoutables ou mortelles : péritonite généralisée, pyléphlébite suppurée, hépatite, pleurésie, et même lorsqu'il perfore la peau, il peut avoir pour conséquence une fistule pyostercorale rebelle et qui nécessitera plus tard une intervention chirurgicale pleine de dangers. Pour éviter ces complications ainsi que pour assurer une guérison plus sûre, et plus rapide on aura recours à l'incision précoce.

On peut la pratiquer dès le second jour. Au bout de 48 heures, nous dit Roux (de Lausanne) dans un récent mémoire riche de faits bien observés, les adhérences protectrices sont assez solides pour isoler le foyer purulent du « sac péritonéal. » Mais quelle sera cette incision ? Ici les divergences commencent et les auteurs sont loin d'être d'accord. On a préconisé la laparotomie médiane, l'incision sur le bord externe du droit de l'abdomen, enfin l'incision oblique, parallèle au ligament de Fallope

dans sa moitié inférieure, puis continuant en dehors la même direction au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. C'est à cette dernière incision préconisée par Roux que nous avons eu recours et nous croyons qu'elle est la meilleure dans la plupart des cas.

Prenons les diverses variétés d'accidents que provoque la perforation ; lorsque la péritonite est généralisée d'emblée, on pourrait recourir, comme on l'a proposé, à la laparotomie médiane qui permet de laver toute la séreuse. Nous croyons cependant qu'en pareil cas l'incision oblique dans le flanc droit est préférable ; en effet, si l'abcès est déjà ankysté, comme dans notre cas, on l'évacue sans souiller le reste de la séreuse ; on arrive directement sur le foyer primitif, qu'on lave et désinfecte beaucoup plus facilement ; on peut mieux réséquer l'appendice que l'on a véritablement sous la main. Du reste rien n'empêche, dans ces cas redoutables, de pratiquer en outre une laparotomie médiane pour désinfecter le reste de la séreuse, si l'on croit cette opération nécessaire. C'est du moins le conseil de Max Schuller, qui pense comme nous, que l'incision de la fosse iliaque est avant tout indiquée.

Lorsqu'il s'agit de péritonite localisée, d'abcès péritiphlitique, l'incision oblique nous semble de rigueur : l'observation prouve que dans l'immense majorité des cas on ouvre le foyer principal, et l'on tombe sur l'appendice, que l'on résèque sans difficulté. Et puis les abcès sont presque toujours multiples, presque toujours il en est un qui se dirige en arrière et en dehors du cœcum, et le prolongement de l'incision oblique au-dessus du ligament de Fallope permet d'ouvrir cette seconde

collection purulente. Dans notre troisième observation, alors que l'observation fut faite avant que nous connaissions l'appendicite, n'avons-nous pas évacué en deux fois ce qu'une seule incision bien faite nous eut permis de vider en une seule ?

Il est des cas cependant (et dans un récent mémoire, Gerster insiste beaucoup sur ce point) où l'abcès péritiphitique n'adhère pas à la paroi abdominale ou n'y adhère qu'en bas, près du ligament de Fallope, et par conséquent l'incision oblique, que nous préconisons après Roux ouvrirait le péritoine et non la collection purulente. Gerster décrit une variété « antérieure » où l'abcès se fait très haut vers l'ombilic. Notre troisième observation est un cas de ce genre. Nous avons dû ouvrir très haut, sur une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic. La voussure et la ponction exploratrice nous indiquèrent le lieu précis de l'incision.

Mais cette voussure peut ne pas exister, et la ponction exploratrice est alors dangereuse, car parfois elle traverse l'intestin, pénètre en un point où la séreuse est libre d'adhérence, et peut par conséquent inoculer cette séreuse, le pus y fuse et provoque une péritonite ; d'ailleurs cette ponction est souvent infidèle et ne ramène pas de pus, bien que la collection soit déjà bien formée. Aussi dans ces cas douteux Gerster propose de faire une laparotomie médiane, d'introduire la main, de chercher le point où est l'adhérence et de la fixer, tandis qu'avec l'autre main et de dehors en dedans on perce la peau avec une aiguille aspiratrice qui servira de guide au bistouri pour prati-

quer une incision suffisante. L'auteur cite des cas où cette pratique lui a été fort utile.

Une deuxième forme exceptionnelle de Gerster est la collection « postérieure ». Ici l'adhérence se fait en arrière, et c'est au-dessus de la crête iliaque qu'il faut pratiquer l'ouverture. Les abcès postérieurs sont fréquents, mais ils se combinent assez souvent avec des abcès antérieurs ; c'est ainsi que dans notre troisième observation, nous dûmes, après notre première incision en avant, en pratiquer une deuxième en arrière pour évacuer la collection énorme qui s'était amassée en arrière et en dehors du cœcum.

La forme « rectale » est tout-à-fait rare ; l'appendice est parfois anormalement situé ; il plonge dans le petit bassin et s'il se perfore, il provoque la formation d'un abcès ; dans ce cas Gerster propose l'ouverture par le rectum et aurait dans un cas obtenu la guérison.

Enfin il décrit une forme « mésocœliaque » où le pus se serait amassé au milieu même des anses intestinales, sans connexion avec la paroi abdominale antérieure et postérieure. Nous avons, avec MM. les D^{rs} Le Dentu et Verneuil, observé un tel fait chez un marchand de tableaux, l'abcès profondément situé en dehors, en bas et à droite de l'ombilic, finit par s'ouvrir dans l'intestin et la guérison fut obtenue, mais au bout d'un an seulement et après de graves alternatives. Aussi pensons-nous avec Gerster que le mieux en ce cas serait de faire une laparotomie le long du bord externe du droit antérieur, d'ouvrir le péritoine, de séparer discrètement et avec des précautions infinies deux anses agglutinées ; dès que par un petit ori-

fice sourdrait le pus, on l'étancherait avec soin pour qu'il n'infecte pas le péritoine, lorsqu'il serait bien loin, on élargirait l'ouverture, et on désinfecterait bien la cavité, que l'on drainerait à la façon de Mikuliez avec de la gaze iodoformée.

Telles sont les diverses modifications que l'on doit faire subir à l'incision dans les formes exceptionnelles ; mais une dernière question se présente, fort discutée à l'étranger. L'appendicite n'est pas encore perforée ; mais elle existe, elle se produit par des crises plus ou moins aiguës. Dans cette période quelle conduite le chirurgien doit-il tenir ? Des chirurgiens proposent d'ouvrir immédiatement le ventre, de chercher l'appendice et de le réséquer. Mais on fait remarquer que l'opération est souvent inutile, puisqu'il est des cas où l'appendicite guérit toute seule ; les corps étrangers et les sécrétions forcent la valvule et s'évacuent dans le cœcum. Et puis, et surtout, cette opération peut être dangereuse, on peut inoculer la séreuse, et nous avons relevé dans les recueils plusieurs cas où la mort a suivi de près l'intervention, parfois l'appendice est tellement entouré de néomembranes que l'on ne peut l'en dégager, et l'on doit refermer le ventre sans avoir extirpé l'organe malade ; il en est de même lorsque le processus adhère intimement à une anse intestinale que l'on craint de déchirer, à l'uretère, à un gros vaisseau. Enfin, à la suite de l'opération, il se fait souvent des adhérences avec brides sur lesquelles l'intestin pourra s'étrangler.

Aussi la plupart des chirurgiens nous paraissent d'avis de n'intervenir qu'à bon escient ; il ne suffit pas qu'une

fois une douleur plus ou moins vive se montre sur l'appendice pour décider une ablation; et on n'opèrera que si les crises se répètent, si elles paraissent graves, si une petite tumeur existe et fait craindre que le processus distendu ne se crève. Dans ce cas comme la péritonite généralisée est toujours à craindre il faut aller de l'avant; on ouvrira le ventre par l'incision oblique dont nous avons parlé; on dégagera prudemment l'appendice de ses adhérences; on l'ouvrira entre deux ligatures, après avoir protégé par des éponges aseptiques les tissus sous-jacents, on excisera et on suturera par un double plan de suture au catgut. Les Américains n'en sont plus à compter les cas où cette opération a été couronnée de succès ».

TRAITEMENT DE LA TYPHLITE

Indications opératoires. — C'est là le point le plus délicat de la question.

Faut-il opérer, ou doit-on conserver l'expectative ?

Le malade court-il vraiment des dangers sérieux que peut seule prévenir une intervention sanglante ?

Ce qui rend la réponse embarrassante c'est que des cas qui paraissent tout d'abord très graves, qui s'accompagnent de violentes douleurs et d'une forte réaction fébrile, d'un empâtement très marqué de la fosse iliaque, guérissent néanmoins par le traitement médical, et que d'autre part les nombreuses opérations tentées dans ces derniers temps pour les cas d'appendicite ont appris que chez des malades dont les symptômes étaient effacés les lésions étaient des plus graves.

Aujourd'hui du reste l'on sait que l'appendice est intrapéritonéal et que, par conséquent, l'affection débute par une péritonite, et l'on est en droit de se demander si les adhérences protectrices sont aussi fatales qu'on a bien voulu le dire.

Les faits semblent parfois démentir cette assertion un peu trop optimiste. On a signalé à la Société Médicale de Hambourg des cas de collection purulente qui sont restés un temps fort long sans se résorber. Ces collections, si

elles s'étaient rompues subitement, auraient déterminé une péritonite suraiguë mortelle.

Des cas de ce genre ne nous étonnent plus aujourd'hui que nous sommes familiarisés avec les anomalies si étranges que nous offrent les salpingites.

Attendre c'est s'exposer non-seulement à des récides continuelles qui atténuent dans une large mesure les heureux résultats du traitement médical mais encore à la formation d'abcès lombaires et sous-diaphragmatiques difficiles à ouvrir. On est d'accord à l'heure actuelle sur les points suivants :

1° Il faut ouvrir quand les douleurs du malade sont très violentes, que l'état général est intense, que la fièvre est vive; les souffrances du malade se généralisent à tout l'abdomen qui a de la tendance à se tympaniser. L'expérience a montré que l'opération, bien que les chances soient douteuses, était le seul moyen de salut pour le malade.

2° Il faut opérer aussi lorsque les masses ne se résorbent pas, lorsqu'il y a de la fièvre vespérale, de l'amaigrissement et une teinte terreuse. Ce sont surtout les cas intermédiaires à ces cas extrêmes qui ont soulevé des opinions divergentes.

Pour les uns la pérityphlite étant due le plus souvent à une appendicite catarrhale aurait la plus grande tendance à se localiser d'emblée et à se terminer par la guérison. Si celle-ci ne survenait pas on aurait raison néanmoins d'attendre parce que le foyer purulent qui se formerait serait mieux enkysté. Les interventionnistes ardents reproduisent les arguments que nous avons énoncés au

début de ce chapitre et soutiennent que plus on attend plus on se prive des chances de salut ; car, disent-ils, quand les lésions sont peu de chose et que le péritoine n'est pas encore infecté la guérison est immanquable. D'autre part, il faut remarquer qu'on abrège notablement la durée de la maladie et qu'on supprime en enlevant l'appendice malade des récidives presque certaines. Du moins à l'heure actuelle tout le monde pense que quand il y a collection purulente il faut évacuer, mais quand y a-t-il du pus ? Les signes semblent incertains. Les Allemands emploient volontiers dans les cas douteux la ponction exploratrice que beaucoup de chirurgiens américains rejettent, prétendant que les résultats de la ponction sont moins sûrs qu'on l'a dit et que celle-ci offre moins de dangers pour le malade.

On commence enfin à s'accorder pour intervenir activement chez les sujets atteints de récidives continuelles d'appendicite qui, quoique moins graves que les premières attaques, rendent le malade infirme. Si celui-ci est obligé de gagner son existence et qu'il ne puisse plus travailler à cause de cette affection, on comprend qu'il soit humain et même nécessaire de recourir à une intervention plus efficace et plus radicale que les moyens médicaux proprement dits. A l'heure actuelle la majorité des chirurgiens en France sont d'avis de surveiller très attentivement le malade et d'intervenir dès que celui-ci courra le moindre danger, ou qu'il sera démontré qu'il s'est fait du côté de la fosse iliaque une collection purulente.

TRAITEMENT MÉDICAL DE LA TYPHLITE.

Nous supposerons encore que la typhlite a ouvert la scène et que la pérityphlite lui a succédé. Le traitement variera nécessairement dans les deux cas.

1° Au début, et durant toute la première période on devra s'attacher à limiter le mal, et à en prévenir les conséquences. Les principaux moyens qu'on peut appliquer à la phase typhlitique de la maladie sont le repos, les calmants, les antiphlogistiques, les évacuants, les révulsifs, etc. Reprenons chacun de ces modes d'intervention en particulier.

Le repos au lit dans un décubitus convenable, que le malade saura trouver lui-même, doit jouer un grand rôle au début et dans tout le cours de l'affection.

C'est faute d'avoir observé strictement cette règle que tant de patients ont succombé aux perforations et à la diffusion du mal. Car on empêche ainsi le travail de protection qui commence dès l'abord et par simple contiguité avant même toute effraction de l'intestin. Cette nécessité comprend également l'obligation de ne pas violenter celui-ci par quelque moyen que ce soit, surtout par l'emploi des purgatifs administrés mal à propos. On évitera de même l'usage des bains.

L'immobilité sera favorisée par les calmants et les injections de morphine trouveront ici une heureuse application. Elles rempliront la double indication d'aider au repos et de combattre la douleur. Dans ces conditions la résolution est rendue possible et même facile.

Il nous semble dès lors inutile d'appliquer les sangsues au niveau de la région malade. Ce moyen, autrefois très largement employé, est d'une utilité douteuse ; il ne remplit aucune indication que ne puissent réaliser les émollients, les calmants ; il nuit au repos et il expose trop à affaiblir le sujet.

On pourra donc faire usage, en les appliquant sur la fosse iliaque, de cataplasmes à la farine de lin ; de pommades résolutives à l'onguent mercuriel et à la belladone ; de collodion élastique moyen d'une certaine valeur ; enfin de vésicatoires volants pour opérer une révulsion plus ou moins appropriée.

Comme traitement général il y a peu de chose à faire en dehors du repos, de la diète, des calmants déjà indiqués.

Les garde-robes seront assurées par de simples lavements émollients et administrés sans trop remuer le malade. Les aliments ne seraient permis que si la maladie se prolongeait trop ; alors on aurait recours au lait, aux légers potages, aux bouillons rafraichissants. Les boissons seraient au gré du patient.

Reste à régler la question des purgatifs. Il n'y a qu'un cas dans lequel ceux-ci trouvent leur application, c'est lorsqu'il y a engouement évident du cœcum, produit par des matières stercorales accumulées ou par des corps étrangers, tels que pépins et noyaux de fruits. Et encore doit-on user ici de ménagements de crainte de précipiter les accidents et de hâter la rupture de l'intestin. Nous avons déjà cité un cas de ce genre qui n'a trouvé sa solution que dans la mort ; l'encombrement par des noyaux était tel qu'il n'a pu être dissipé. Cependant, dans

les cas les plus simples, un purgatif huileux, tel que l'huile de ricin, serait avantageux.

Du reste, tout serait subordonné à l'état d'intégrité de l'intestin qui donnerait la mesure de ce qui pourrait être tenté pour le déchirer. Chez un jeune sujet, dans un cas récent d'ingestion de corps étranger, ou chez un individu simplement constipé, on pourrait risquer plus que lorsqu'il s'agit d'une ancienne affection du tube digestif avec commémoratifs mauvais surtout chez un phthisique ou un cancéreux. Le soupçon de vers intestinaux pourrait encore décider à agir, chez un typhique, il n'y a pas d'indication spéciale à remplir, le cas passant le plus souvent inaperçu au milieu des désordres généraux qui existent.

2° A la seconde période lorsque la tumeur péri-typhlique est manifeste, plusieurs des moyens que nous venons d'indiquer sont encore utiles et d'autres trouvent leur application.

Le repos, favorisé par les calmants, est plus que jamais indispensable. Tous les topiques doivent faire place aux cataplasmes émollients et l'on suivra d'un œil attentif la marche de la suppuration.

Lorsque le pus tend à se faire jour dans quelques-unes des cavités viscérales avoisinantes il n'y a pas lieu d'intervenir en quoi que ce soit. Mais, s'il prend évidemment la voie extérieure on peut pour ainsi dire aller au-devant de lui. Il est rare qu'on ait à se servir du bistouri, de crainte que les adhérences efficaces ne se soient pas encore formées.

Il vaut mieux avoir recours au procédé de Récamier

pour l'ouverture des abcès du foie, et l'on applique la pâte de Vienne au point qui est le plus manifestement fluctuant. A la chute de l'eschare, le pus se forme à l'extérieur et par ses caractères et surtout son odeur intestinale, il révèle l'origine du mal. Il arrive souvent que la suppuration se continue longtemps, au moyen d'une ouverture fistuleuse, jusqu'à ce que quelque corps étranger, tel qu'un calcul ou un os ovale soit sorti, après quoi la cicatrisation devient définitive. Loin de chercher à oblitérer l'ouverture dans ces circonstances, il importe au contraire de la dilater et d'aller au-devant du corps étranger pour l'amener au dehors.

Le traitement de certaines complications est subordonné à leur nature et principalement à leur connaissance, car elles passent souvent inaperçues pendant la vie. Seule la péritonite est assez manifeste mais par son extrême gravité elle échappe le plus souvent au traitement le plus rationnel. Lorsqu'elle est circonscrite au voisinage même du cœcum et de son appendice elle comporte l'emploi des mêmes moyens que la pérityphlite phlegmoneuse. Enfin la suppuration sous-péritonéale, dans ses diffusions les plus lointaines, fournit les mêmes indications partout où elle paraît se porter vers la peau, l'ouverture doit se faire sans retard par le moyen recommandé plus haut.

En cas de septicémie, on pourrait essayer l'application de quelques-uns des antiseptiques les plus usités de nos jours, soit à l'intérieur, soit par l'injection dans les foyers accessibles à ce genre d'intervention. Le sulfate de quinine, l'acide phénique, l'eucalyptus (alcoolature) seront

toujours employés avec avantage toutes les fois que des signes d'adynamie viendront aggraver la situation déjà fâcheuse d'un malade.

La pérityphlite primitive, réduite aux proportions que nous avons admises, n'a pas de traitement qui lui soit propre. C'est celui de la seconde période de la typhlo-pérityphlite avec un pronostic quelque peu atténué. Il doit être conduit avec tout autant de ménagement et avec plus de confiance. Le phlegmon né, soit sur place, soit émané de l'appareil utéro-ovarien ou néphrétique, a deux issues également favorables ; l'intestin ou la peau. Dans le premier cas, il n'y a guère à craindre un reflux de matières intestinales, par suite, avons-nous dit, de la disposition valvulaire de la perforation qui lui est habituelle. De sorte que les choses doivent être ramenées avec plus de prudence que jamais. L'évolution ne peut avoir de terminaison favorable que par une sage temporisation car nous avons vu que la suppuration était ordinairement tardive, et son aboutissement subordonné à quelque circonstance fortuite telle qu'un effort ou une violence intempestive.

Enfin la fréquence des récidives signalée par maints observateurs doit rendre circonspect au point de vue de l'avenir. Elle prouve surtout que la tendance à l'élimination de quelque corps étranger formé sur place ou venu de dehors, n'ayant pas abouti une première fois, se reproduit encore par la suite jusqu'à ce qu'elle ait été réellement efficace. Beaucoup d'autres faits de ce genre pourraient être invoqués à l'appui de ces craintes de récidive l'ablation de l'épine étant le dernier

mot du traitement de toute irritation qui se perpétue dans une même région et autour d'un même appareil organique. De même, par extension, la perforation du cœcum ou de son appendice crée pour ainsi dire les conditions d'un véritable corps étranger et l'unité de notre sujet se trouve affirmée au milieu de la diversité même des accidents observés.

En résumé, le traitement médical est resté le même qu'autrefois. Il n'y avait de divergences que sur l'utilité de l'opium.

Il est bien évident que le repos dans le décubitus dorsal est indispensable ; on obtient ainsi une immobilisation suffisante des viscères abdominaux, principalement des intestins, qui favorise beaucoup la formation des adhérences enkystantes.

De plus, si l'appendice était plein de pus on éviterait sa rupture, c'est-à-dire la formation d'une péritonite généralisée.

Le malade ne s'y oppose pas, car il sent que c'est le meilleur moyen de calmer ses douleurs, que le moindre mouvement réveille.

La glace peut rendre des services en modifiant avantageusement l'inflammation et surtout en diminuant la douleur. Les émissions sanguines locales ont à peu près la même action.

La diète liquide sera observée pour ne pas irriter le cœcum et favoriser des perforations que l'on redoute : c'est le moyen du reste de diminuer l'engouement de cette partie de l'intestin.

Pour débarrasser le cœcum de son contenu, certains

médecins ne craignent pas de prescrire les lavements et les purgatifs légers, et prétendent s'être bien trouvés de cette pratique.

Il semblerait que tout le monde devrait être d'accord pour préférer l'opium qui immobilise très exactement l'intestin, ce qui favoriserait grandement la production des adhérences. Mais on a dit qu'en déterminant ainsi la parésie des tuniques musculaires de l'intestin, on favorisait le tympanisme, il fallait, au contraire, diminuer l'engouement du cœcum. Bref, accepté par quelques-uns, l'emploi de l'opium est formellement rejeté par d'autres.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

I. — *Péritonite généralisée. Laparotomie médiane.* —

Dans ce cas, assez rare heureusement, il faut procéder au plus vite à l'ouverture de l'abdomen par les voies habituelles, c'est-à-dire par la ligne blanche. En effet, le foyer morbide n'a pas eu le temps de s'enkyster. On détruit les quelques adhérences qui ont pu se former, et on lave la région malade au sublimé après la résection de l'appendice.

Les américains qui opèrent hâtivement ont suivi souvent ce procédé. Schuller lui reconnaît les avantages suivants :

1° On évite de tomber sur des adhérences qui peuvent bientôt gêner l'opérateur.

2° On peut plus facilement faire la toilette du péritoine,

et on peut augmenter à volonté l'incision, sans courir le risque de blesser l'artère épigastrique.

Il semble que ce procédé doit être réservé à des cas tout spéciaux et en somme exceptionnels.

On lui a reproché d'exposer à l'infection du péritoine tout entier, et de ne pas arriver directement sur le foyer morbide, ce qui présente des inconvénients si les adhérences sont plus résistantes qu'on ne le supposait.

II. — *Cas ordinaires. Laparotomie iliaque.* — Un autre procédé, employé surtout en Amérique, consiste à faire l'incision le long du bord externe du grand droit de l'abdomen. On tombe ainsi directement sur le cœcum et son appendice, mais cet avantage est illusoire parce que les lésions dépassent le cœcum, débordent en dehors, et fusent çà et là dans les régions du voisinage.

D'ailleurs, cette incision doit être faite avec beaucoup de prudence, car on s'expose à la blessure de l'artère épigastrique. En Europe, principalement en France et en Allemagne, on se sert d'un autre procédé qui nous paraît plus commode et plus sûr. On coupe les tissus d'après la direction qu'on suit pour la ligature de l'artère iliaque.

Chaput ne redoute pas d'ouvrir la grande séreuse abdominale pour mieux se rendre compte des lésions; il suture ensuite le péritoine sur le cœcum, et met ainsi celui-ci en dehors de la cavité abdominale.

D'autres décollent le tissu cellulaire sus-péritonéal et arrivent ainsi presque sur la collection purulente qu'ils drainent avec de la gaze iodoformée.

III. — *Résection de l'appendice.* — Cette résection serait

utile, nécessaire même pour empêcher les récidives ; malheureusement de l'ensemble des faits que nous avons consultés il résulte que la découverte de l'appendice vermiculaire est le plus souvent fort difficile, parfois impossible.

Beaucoup d'auteurs l'ont laissé dans le foyer morbide, et ne s'en sont pas mal trouvés.

Si l'on découvre l'appendice on devra lier sa base avec un fil de soie et on en fera l'ablation. On touchera légèrement ensuite au thermo-cautère.

OBSERVATION I (de Reclus).

Mon premier cas a trait à un garçon de 15 ans qui, un mardi matin, fut pris tout à coup d'une vive douleur de ventre au cours d'une indigestion de cerises. A partir de ce jour, les garde-robes sont supprimées, et lavements et purgations ne font qu'augmenter le météorisme ; le mercredi soir apparaissent des vomissements d'abord bilieux, puis porracés ; le vendredi matin la fièvre est intense et un médecin appelé en toute hâte conseille d'envoyer l'enfant à l'hôpital ; voici l'état dans lequel je le trouve le samedi matin :

Le ventre est ballonné et très douloureux ; la moindre pression provoque une vive souffrance qui s'exaspère quand on arrive au niveau de la fosse iliaque droite, un point où quatre jours avant avait éclaté la douleur soudaine. Le météorisme extrême, la résistance des muscles et la douleur elle-même empêchent de se rendre compte s'il existe une tuméfaction, toutefois, juste au-dessus du ligament de Fallope, on constate un empatement difficilement appréciable, mais qui n'existe pas du côté opposé, les vomissements porracés persistent, la circulation des matières

fécales et des gaz est absolument supprimée et le thermomètre est à 39°,5.

La douleur aiguë, soudaine, ayant éclaté tout à coup, au cours d'une indigestion, à droite, un peu au-dessus, et en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure chez un garçon de 15 ans, des accidents péritonéaux consécutifs ne pouvaient nous laisser aucun doute sur le diagnostic, il s'agissait évidemment d'une perforation de l'appendice iléo-cœcal datant déjà de quatre jours, et nous décidâmes, séance tenante, l'intervention, malgré le peu de chance de succès que nous laissent la péritonite généralisée, l'obstruction intestinale absolue et la faiblesse du malade.

Nous pratiquons sous le chloroforme une incision oblique de 14 centimètres parallèlement au ligament de Fallope, 16 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antérieure ; nous coupons la peau, l'aponévrose, et nous constatons un léger œdème au-dessous des muscles profonds ; le fascia transversalis épaissi infiltré est ouvert avec précaution, et aussitôt s'écoule du pus fétide, nous venions de pénétrer dans une collection de la grosseur d'une noix, située en avant, en bas et un peu au dehors du cœcum, qui fait aussitôt hernie dans la plaie.

Nous allons à la recherche de l'appendice ; nous apercevons sa base un peu au dedans, et en cherchant à dégager sa pointe infléchie en arrière et adhérente à la face postérieure du cœcum contre lequel s'appliquent des couches épaisses de néomembranes, nous pénétrons tout à coup dans un nouvel abcès, plus volumineux que le premier et situé plus en arrière. Nous détachons alors l'appendice, nous le sectionnons à sa base, et après avoir lié une artère assez volumineuse du méso, nous plaçons un double plan de suture au catgut pour oblitérer la perte de substance faite au cœcum par l'extirpation de l'appendice.

Les deux abcès étant nettement limités par des adhérences, et nous n'avons pas pénétré dans la cavité péritonéale ; les parois de

cette double cavité ont été essuyées, désinfectées et drainées. Malheureusement la péritonite n'a pas cédé, et 18 heures après l'opération notre opéré succombait. L'autopsie nous a montré que toutes les collections purulentes avaient été évacuées, que notre suture avait tenu, qu'il n'y avait pas de pus dans le ventre, mais un état poreux des intestins agglutinés par des exsudats fibreux.

OBSERVATION II (Reclus).

Mon deuxième cas a été plus heureux. Il y a juste quinze jours, je fus appelé par le D^r Brissaud, aux environs de Paris, auprès d'un malade qui depuis 2 an, était traité pour des coliques hépatiques, lorsque tout à coup, après un déjeuner copieux, suivi d'un voyage en chemin de fer et en voiture, il fut pris d'une douleur aiguë, déchirante, dans le flanc droit; la souffrance exaspérée par la moindre pression, irradiait vers l'ombilic et les organes génitaux. Des vomissements bilieux apparaissent; on applique des sangsues, de l'onguent napolitain, et les phénomènes péritonéaux s'apaisent, ne laissant qu'une douleur persistante et un peu de tuméfaction dans la fosse iliaque. Mais bientôt crise nouvelle; la température s'élève à 39°, il y a des frissons irréguliers, une faiblesse progressive.

Lorsque nous voyons le malade la température est encore à 39°; la douleur du flanc droit est très vive, la moindre palpitation l'exagère, nous pouvons cependant sentir dans la fosse iliaque un empâtement profond qui se traduit par une légère voussure de la région inférieure, sonore toutefois à la percussion jusqu'au ligament de Poupart. Le début brusque de la maladie, la douleur fixe et bien localisée, l'empâtement ne nous laissent aucun doute sur la nature de l'affection; il s'agit, pour nous, d'une collection

purulente consécutive à la perforation du processus vermiculaire et nous pratiquons après analgésie à la cocaïne une incision oblique, parallèle au ligament de Poupert; elle mesurait 15 centimètres.

A peine avions-nous incisé le fascia transversalis qu'un flot de pus fétide, fouetté de bulles de gaz, s'échappé au dehors, ainsi qu'un débris sphacélé adhérent à un caillot sanguin décoloré, il s'agissait évidemment d'un lambeau de l'appendice vermiforme perforé, nous explorons la cavité avec notre doigt, nous en soulevons les bords avec un écarteur et nous cherchons l'appendice; dans ce cas encore, ce qu'il en reste est adhérent au cœcum et perdu dans les fausses membranes épaisses. Nous essayons de le dégager; mais les adhérences sont si anciennes et si intimes que nous craignons de perforer l'intestin et nous l'abandonnons à la cicatrisation spontanée; mais, dans nos efforts pour le dégager, nous ouvrons une seconde cavité purulente, située en arrière et en dehors du cœcum. Nous désinfectons, nous drainons ces deux cavités avec de la gaze iodoformée. Le résultat a été superbe et ce matin nous recevons une lettre du médecin qui nous annonce une cicatrisation presque complète.

OBSERVATION III (Reclus).

En novembre dernier, nous fûmes appelé pour un garçonnet de 15 ans qui depuis un an environ souffrait parfois du ventre. Un jour après une chute de vélocipède il perçut une douleur soudaine dans le flanc droit. Il est pris de coliques intenses, de fièvre et de vomissements. Les premiers symptômes s'apaisent, mais au neuvième jour l'état général était mauvais et le Dr Brisaud constate une tuméfaction légère non pas dans la fosse iliaque, mais plus haut, sur une ligne allant à l'épine illiaque antérieure et supérieure à l'ombilic. J'enfonce en ce point la

seringue de Pravaz et j'en retire du pus. Je pratique alors une large incision après anesthésie à la cocaïne, et un quart de verre de pus fétide s'écoule au dehors. Les parois de la collection étaient formées par les anses intestinales agglutinées et protégées par des néo-membranes peu épaisses. L'amélioration fut immédiate, mais au bout de huit jours de nouveaux accidents éclatent, et nous trouvons en arrière dans la région rénale un soulèvement des plus nets ; j'endors le malade, je rouvre la plaie antérieure, je déchire quelques néomembranes et je vois sourdre du pus, j'introduis par cet orifice une sonde cannelée qui me conduit sur la paroi abdominale postérieure où je fais une large contre-ouverture par où s'échappe un demi litre de pus au milieu duquel flottait du tissu sphacélé dont je ne sus pas alors déterminer l'origine mais qui devait être l'appendice vermiforme gangrené. Quoiqu'il en soit la guérison fut rapide, et le garçon maladif jusque-là est devenu fort et robuste.

OBSERVATION IV (inédite) (Tuffier).

Pérityphlite. — Opération. — Guérison.

P... Auguste, âgé de 58 ans, employé des postes, entre le 8 mai 1893, à Beaujon, salle Gosselin, n° 5, dans le service de M. Tuffier.

Son père est mort à 77 ans, sans jamais avoir été malade. Le malade ignore la cause de la mort de sa mère, il a quatre frères dont deux sont atteints de la poitrine.

Le malade est toujours debout, d'où souvent grande fatigue. En général l'appétit est régulier.

En 1875, après une constipation opiniâtre, il eut pour la première fois des vomissements, des douleurs violentes dans le ven-

tre qui toutefois n'augmenta pas de volume. On le purgea et au bout de trois semaines le malade fut guéri.

Au mois de mars 1893, le malade était constipé avec des alternatives de diarrhée.

Le 26 avril 1893, après le repas du matin, le ventre devient dur, tendu et douloureux « surtout à droite » dit le malade qui, malgré la douleur, se rend à son travail.

À midi, il s'efforce de manger.

Le soir, il ne boit qu'un verre de lait.

Le 27 avril. — Il se rend à son travail, mais est forcé de le quitter. Vers 10 heures, il est pris de tremblement et de frissons. Le ventre est plus douloureux, ballonné, surtout dans la région ilio-inguinale droite. Cette douleur est fixe, sans exacerbations. Il a soif : on lui donne de l'eau de mélisse qu'il rend immédiatement. Dans la soirée on lui donne du lait, il le vomit. Ces vomissements sont verdâtres.

La constipation dure depuis trois jours. On va chercher un médecin qui lui fait donner un purgatif et poser des sangsues au niveau de la région cœcale.

Le 28 avril. — On lui applique de la glace sur le ventre, on lui donne du lait et du bouillon qu'il rend. Lavement purgatif.

Le 30 avril. — Huile de ricin, plus de vomissements.

La douleur reste constante. Il est à remarquer que le malade dit n'avoir jamais éprouvé d'irradiations de douleurs ni du côté des reins ni du côté des cuisses. Cette douleur était très nettement localisée.

Du 31 avril au 8 mai. — Même état, même traitement.

Le 7 mai. — L'huile de ricin reste presque sans effet ; à midi, le malade est pris de vomissements ; depuis le 4 mai le malade avoue avoir eu de la fièvre.

Son médecin le fait conduire à l'hôpital pour être opéré.

Le 8 mai. — On constate que le malade a le faciès péritonéal

le poulx petit, filiforme et très rapide. Une voussure particulière au niveau du cœcum. On croit y sentir plutôt de l'empâtement que de la fluctuation, et à la partie supérieure du cœcum un peu d'œdème.

Matité à la percussion.

Le soir même, on opère le malade sous le chloroforme.

Opération. — Incision parallèle au cœcum de 15 centimètres environ.

Evacuation du pus, drainage et mèche de gaze iodoformée.

Le soir température : 38°,6.

Le 9 mai. — Température du matin 37°,6, le soir 37°,9.

Le 10. — Température normale, le malade va bien.

Les 11, 14 et 16 mai. — Pansements, très peu de pus.

Le 19. — Pansement, on enlève le drain.

Le 23. — On touche la plaie avec du chlorure de zinc et on panse ensuite avec la gaze iodoformée.

Le 5 juin. — Il s'est formé un trajet fistuleux. On remet un petit drain, et on injecte du naphthol camphré.

Le 9 juin, les 13, 14 et 16. — On injecte à chaque nouveau pansement du naphthol camphré et on recouvre toujours la plaie de gaze iodoformée.

On enlève le drain et on ne fait plus le pansement que tous les quatre jours.

La plaie se ferme assez rapidement.

Le malade sort guéri le 28 juin avec un pansement au collo-dion.

OBSERVATION V (inédite, Tuffier).

Typhlite. — Opération.

A... Auguste, âgé de 20 ans, serrurier, entre à Beaujon, le 24 juin 1893, salle Gosselin, n. 9, pour typhlite.

Depuis 15 jours, le malade souffre du ventre, à la suite d'une indigestion causée par un repas composé de bouillon, bœuf à l'huile et de fraises. Il n'avait, dit-il, bu que de l'eau. Le malaise commença dans l'après-midi avec vomissements d'aliments et de bile.

Le médecin ordonna de la glace et de l'eau de seltz avec de la gomme. Pendant 6 jours le malade n'a aucune selle, au bout de ce temps sa constipation disparaît quelques jours, mais revient bientôt.

Au moment de son entrée à l'hôpital le malade est constipé depuis 8 jours, il souffre du ventre qui est un peu ballonné, il n'a pas de coliques, il a une sensation douloureuse de brûlures, sans siège bien précis.

Le hoquet stomacal lui fait rendre depuis 6 jours des glaires blanchâtres et beaucoup de bile.

Il n'a pas d'appétit, mais une soif très vive, une langue humide, un peu saburrale.

Il urine souvent, mais très peu, et difficilement goutte à goutte.

Le ventre est sensible surtout à la partie inférieure et dans la fosse iliaque droite.

Il ressent des douleurs dans l'hypocondre gauche.

Le foie paraît normal. On a la sensation dans la fosse iliaque de rétention de matières fécales.

Le malade a eu un vésicatoire sur cette région.

Le 26 juin, subitement il est pris d'une diarrhée très forte.

On décide aussitôt qu'une intervention chirurgicale est nécessaire et le 27 juin il est opéré par M. Tuffier.

Incision parallèle.

On tombe sur une poche énorme de pus, il sort un liquide très fétide, verdâtre, de 1000 à 1200 grammes.

On draine immédiatement ce foyer d'inflammation, on y injecte

du sublimé au 1/1000, on lave bien antiseptiquement cette poche volumineuse, et on laisse le drain entouré de gaze iodoformée.

On fait tous les jours le pansément.

Le 10 juillet, le malade a eu une forte hémorrhagie.

OBSERVATION IV (inédite, Tuffier).

Appendicite. — Mort sans intervention.

Nous laissons la parole au Dr X... qui nous a communiqué cette observation.

Le 13 octobre 1892, je suis appelé auprès d'une petite fille de 10 ans qui souffrait depuis un ou deux jours dans une région vague du ventre sans aucune localisation.

La mère me donne les renseignements suivants : un jour ou deux auparavant la fillette s'était mise à manger gloutonnement et comme saisie d'une fringale. Ce repas anormal fut rendu le soir même et fut le début d'un embarras d'intestin. La mère donna à l'enfant le 12 octobre quelques capsules d'huile de ricin qui, dit-elle, lui fit rendre quelques glaires verdâtres et comme bilieux.

Je vois l'enfant le lendemain, présentant les symptômes suivants : une douleur très vague et peu sensible dans toute la région du ventre sans aucune localisation ni à gauche ni à droite. Pas de ballonnement sensible, peau du ventre un peu tendue, pas de vomissements, inquiétude générale, pas de fièvre, pouls normal. On fait donner une légère purgation et des cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Cette purgation n'eut pas d'effet et la mère me dit que depuis deux ou trois jours la fillette n'a pas eu de selles normales, mais seulement quelques fragments de matières fécales.

Je fais le diagnostic de typhlite, stagnation des matières dans le cœcum, mais j'écarte momentanément l'idée d'appendicite vraie et de péritonite.

Le mercredi 14 octobre, même état, rien de nouveau. J'attends le résultat de ma purgation. Le jeudi matin la fillette était plus affaiblie. Elle a eu quelques vomissements verdâtres. Le ventre est un peu plus tendu, toujours pas douloureux, pas de fièvre, pouls un peu faible mais normal. La fillette a eu un moment de défaillance avant mon arrivée. Je fais redonner une très légère purgation et un lavement. Le soir à 6 heures je viens revoir ma malade. La purgation n'a eu aucun effet, les vomissements ont été plus fréquents, toujours pas de douleur localisée, pas de ballonnement du ventre, pouls plus faible, extrémités un peu froides, pas de faciès péritonéal.

Je déclare cependant qu'il y a de la péritonite, et je désirais prendre une consultation avec une décision énergiquement opératoire pour le lendemain matin, lorsque à 11 heures du soir, le père vient me chercher me disant que sa fille avait eu une nouvelle syncope et que les extrémités se refroidissaient.

J'arrive en toute hâte, je trouve une petite fille râlante, pouls filiforme et filant très rapide, faciès péritonéal avancé, je pense immédiatement à une perforation intestinale probablement de l'appendice cœcal, et je crois avoir eu affaire à une vraie appendicite aiguë à marche très rapide.

Je fais chercher en toute hâte un chirurgien qui arrive pour recevoir avec moi le dernier souffle de la petite malade.

Dans ce cas, il y a deux erreurs à faire remarquer :

- 1° Manque d'intervention opératoire précoce.
- 2° Purgation trop tardive.

OBSERVATION VII (Tuffier).

Appendicite récidivante. — Opération. — Résection de l'appendice.
— Guérison. — Examen microscopique de l'appendice vermiculaire.

Jbe... Frédéric, âgé de 48 ans, entré le 28 octobre 1890, salle Chassaignac, n° 16, hôpital Cochin.

Antécédents héréditaires. — Père mort de choléra, mère morte de vieillesse.

Antécédents personnels. — A l'âge de 21 ans, cet homme portant une petite charge ressentit une douleur vive dans la fosse iliaque droite. Il fut obligé d'interrompre son travail et d'entrer à l'Hôtel-Dieu de Bar-le-Duc, au bout de 6 semaines il sortit amélioré, mais depuis lors, il était sujet à la constipation et les matières fécales étaient teintées de sang ; jusqu'en 1871 il eut des coliques à répétition : à cette époque elles se localisèrent à la fosse iliaque droite et en même temps apparurent des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. A la suite de périodes de constipation opiniâtre, il éprouvait des débâcles où il évacuait des matières fétides et du pus. En 1883 nouveaux accidents, et le malade entra à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Landrieux) où il fut traité pour une péritonite tuberculeuse. Il en sortit amélioré ; mais au mois d'octobre, chaque année, une rechute le forçait à rentrer à l'hôpital.

Etat actuel. — A l'examen, le ventre est tendu et ballonné, douloureux.

On sent en palpant la fosse iliaque droite un empatement profond, très douloureux à la pression. Néanmoins l'état général du malade est satisfaisant ; il n'a pas de signe de tuberculose

pulmonaire. Le pouls est de 72, la température normale. M. Toffier porte le diagnostic de pérityphlite et appendicite.

La laparotomie est décidée et a lieu le 5 novembre.

Incision de 12 centimètres au niveau de la fosse iliaque droite parallèle à l'arcade fémorale; division des plans cutanés, musculaires et aponévrotiques.

Ouverture du péritoine, découverte de l'intestin, le doigt introduit dans la profondeur reconnaît l'existence d'une tumeur du volume d'un marron, située à la partie postérieure du cœcum et adhérente.

Rupture de ces adhérences; le cœcum est retourné et la tumeur apparaît entre les lèvres de la plaie, ce n'est autre que l'appendice augmenté de volume.

La dissection des adhérences à la sonde cannelée met à nu un abcès situé entre la tumeur et le cœcum, et communiquant avec ce dernier organe par une perforation, il en sort du pus et une matière crétacée.

Résection de l'appendice à sa base après ligature entrecroisée, suture de la perforation intestinale après avivement de la muqueuse, suture au catgut en surjet de l'épiploon et du péritoine, suture des divers plans tégumentaires.

Drainage avec un tampon de gaze iodoformée. Pansement. Le soir la température est de 37°, 4, le pouls à 80.

6 novembre. — Vomissements. Temp. 37°, 2, pouls 96.

7 novembre. — Etat général satisfaisant.

On enlève le pansement et la mèche de gaze iodoformée. Pouls 92.

11 novembre. — Enlèvement des points de suture.

Réunion parfaite. Régime lacté.

16 novembre. — Reprise de l'alimentation ordinaire.

7 décembre. — Le malade sort guéri de l'hôpital, il conserve

seulement de la sensibilité exagérée à l'endroit où la laparatomie a été faite.

Examen microscopique de l'appendice et de son contour (MM. Taupet et Thévenard).

1° L'appendice, dans sa partie terminale, est presque entièrement fibreux; sa lumière n'existe plus.

2° Hypertrophie de la couche musculaire, sortant de la couche circulaire dans le reste de son étendue. Muqueuse et éléments glandulaires normaux.

La lumière de l'appendice est oblitérée par un corps dur, d'apparence crétacée et entouré d'une gaine de tissu myxomateux.

3° Les corps granuleux, trouvés dans l'abcès rétro-cœcal, sont aussi constitués par des corpuscules crétacés, englobés dans le tissu myxomateux.

Rien qui puisse faire soupçonner la tuberculose.

OBSERVATION VIII (Tuffier).

D... Emile, 18 ans, journalier, salle Boyer, n° 5. Entre à l'hôpital une première fois le 15 août 1889. Douleur dans la fosse iliaque droite, empatement de ce côté et attitude qui en dépend, fièvre de suppuration oscillant entre 40° et 38°. Dans la fosse iliaque, tumeur du volume d'une grosse orange nettement arrondie, absolument mobile, assez dure, appliquée contre la fosse iliaque et paraissant faire corps avec l'os. Etat général mauvais. Jusqu'à son entrée à l'hôpital le malade a continué à travailler malgré ses souffrances.

A ce moment diagnostic hésitant à cause des signes physiques, la fièvre était en faveur de la pérityphlite.

Au bout de 15 jours la fièvre persistant le malade est pris le

matin d'une diarrhée assez considérable qui dure deux jours. Cette diarrhée m'est montrée et me semble constituée en grande partie de pus. D'ailleurs depuis ce moment grande amélioration, la fièvre disparaît, l'état général s'améliore, la cuisse se redresse. 15 jours plus tard départ pour Vincennes (N. B. La tumeur persiste, non douloureuse, elle ne paraît pas avoir beaucoup diminué ni de volume ni consistance).

Le malade rentré chez lui recommence à travailler, son état de santé est excellent.

Au bout de 6 mois (mars 1890) nouvelle douleur.

14 août 1890. — Rentrée à l'hôpital, le malade a beaucoup grossi et paraît s'être fortifié.

Signes fonctionnels. — Les mêmes.

Signes physiques. — Fosse iliaque, tumeur en plateau située au dessus de l'arcade crurale, très dure. Douleur dans la région lombaire, on sent une tuméfaction dure.

Quelques jours plus tard la paroi lombaire s'est ouverte.

Opération. — Incision de 10 centimètres ? verticale dans la région iliaque, le couteau rencontre une masse de substance scléreuse, épaisse d'un doigt, qui représente l'épaisseur des muscles du droit antérieur, au-dessus poche contenant du pus en abondance (42 litres environ) cette poche anté-cœcale remonte très haut au-devant du côlon et communique avec la poche lombaire en passant au-dessus de la crête iliaque.

Lavage, gaze iodoformée.

Suppuration. Le quatrième jour évacuation de matières par la plaie. Température 38° (il existait après une forte fièvre).

Le 15 septembre. — Nouvelle opération. L'incision elle-même est reprise, on découvre le cœcum profond et difficile à reconnaître c'est la face postéro-latérale droite, longue de 6 à 7 centimètres, et une petite déchirure latérale de 1 centimètre que l'on suture, drainage.

Le troisième pansement du troisième jour contient des matières, mais en très petite abondance.

Au bout d'un mois le malade sort de l'hôpital dans un état satisfaisant.

OBSERVATION IX (Tuffier).

Appendicite. — Péritonite généralisée par perforation. — Laparotomie. — Mort.

Le 10 septembre 1890, M. le Dr Tuffier fut appelé par M. le Dr Clermont près d'une jeune dame dont voici l'histoire.

Grande, forte, bien constituée, ayant toujours joui d'une bonne santé, à part quelques accidents de constipation sans gravité, cette femme fut prise brusquement au milieu de sa période menstruelle d'une douleur vive dans le bas-ventre. Le lendemain la température s'élevait à 38°,5, les douleurs étaient plus vives à la palpation, l'empâtement correspondait au bord externe de l'utérus, empiétait légèrement sur la fosse iliaque ; on sentait une tumeur du volume du poing, sonore, si bien que l'on pensa, étant donné les circonstances particulières de l'apparition de ces symptômes, à une lésion inflammatoire des annexes ou à une hémato-cèle.

Les jours suivants, ces mêmes phénomènes persistèrent sans amendement aucun, la malade eut des vomissements. Le cinquième jour (15 septembre) les symptômes prirent une gravité telle que laissant de côté le traitement médical employé jusqu'alors (cataplasmes, bains, frictions avec l'onguent napolitain, injections chaudes) on pensa qu'une intervention était nécessaire. A ce moment la température était de 36°,5, le pouls à 120 ; faible, mou, dépressible, les vomissements étaient verdâtres, les douleurs très vives dans tout l'abdomen, la respiration haletante. La palpation révélait un bal-

lounnement considérable avec tympanisme, la douleur se montrait fort vive au niveau de la fosse iliaque droite. La tumeur avait acquis le volume d'une tête de fœtus immobile, elle descendait jusqu'à l'arcade de Fallope et s'étendait en dedans jusqu'à la ligne médiane et en haut au niveau des fausses côtes. On ne trouvait pas de fluctuation. Par le toucher vaginal on retrouvait cette tumeur assez éloignée de l'utérus.

On posa alors le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée par perforation.

La seule planche de salut, si mince qu'elle fût, était une intervention qui fut du reste acceptée par la malade et sa famille.

A 5 heures du soir (15 septembre) assisté de M. le Dr Clermont et de l'interne du service, M. Tuffier pratique une incision portant sur le bord antérieur de la ligne axillaire des fausses côtes jusqu'à deux travers de doigt du ligament de Poupart, l'incision est oblique en bas et en avant, semblable à celle que l'on pratique pour la ligature de l'iliaque primitive. Les différents plans sectionnés il trouve une poche du volume d'une tête de fœtus, limitée de tous côtés par des adhérences molles ; cette poche contient un liquide citrin et quantité de fausses membranes épaisses et fibrineuses. Au fond siège l'appendice noirâtre, gangrené. La palpation faite à travers cette poche en fait reconnaître une autre située en dessus et en avant ; M. Tuffier l'incise, et comme les adhérences sont lâches, le liquide péritonéal s'écoule. Il suture la poche à la plaie extérieure drainée avec un tampon de gaze iodée. Pansement. Mort 15 heures après l'opération.

OBSERVATION X (inédite, Michaux).

Beaujon, salle Dolbeau, n. 8, service du D^r Labbé.

V... Marie, âgée de 38 ans, employée de commerce, entre à l'hôpital Beaujon, le 3 février 1893.

Depuis le mois de septembre 1892 la malade ressent une assez violente douleur dans le côté droit, bien localisée, à quelques centimètres de l'épine iliaque antérieure.

Cette douleur s'accroît d'intensité, et au mois de novembre, après une constipation de plusieurs jours, la malade est forcée de s'aliter. On la purge et on applique des cataplasmes laudanisés sur le côté douloureux du ventre. Au bout de trois semaines elle se lève, mais la douleur n'a pas complètement disparu, une grande faiblesse l'oblige à laisser son travail.

Cette douleur était principalement caractérisée par des élancements, des tiraillements ou des pincements subits et très vifs. Elle n'était pas continuelle, ne venait qu'à des intervalles irréguliers, de plus en plus rapprochés.

Au mois de janvier 1893 les douleurs sont apparues beaucoup plus fréquentes et plus vives, elles étaient presque continuelles et intolérables. La malade fut obligée de s'aliter, elle fut soignée par un médecin qui lui fit prendre des purgatifs, l'huile de ricin, appliquer des cataplasmes laudanisés.

Mais comme la malade ne pouvait plus supporter la douleur elle se décida à subir une opération.

M. Michaux, chirurgien des hôpitaux, constata au toucher une petite tumeur dure, se laissant difficilement déprimer sous les doigts, non fluctuante, mobile, et crut pouvoir faire le diagnostic de pérityphlite ou d'appendicite. Il fit une laparotomie iliaque le

jour même de son entrée, et constata une disposition spéciale de l'intestin, de nombreuses adhérences, un cœcum rempli de scybales et adhérent par de fausses membranes au côlon transverse. Il libéra l'intestin de ces adhérences, fit disparaître les scybales en les comprimant extérieurement et ferma la plaie qui guérit par première intention.

Le malade sortit le 1^{er} mars complètement guéri.

OBSERVATION XI (Inédite, Michaux).

Beaujon. — Salle Laugier, n^o 5. — Service du D^r Labbé.

D... Caroline, 40 ans, sans profession, entre à l'hôpital, le 31 octobre 1892.

Depuis deux mois, elle souffre d'une constipation opiniâtre, et surtout dans le côté droit du ventre.

Soignée chez elle par un médecin, elle prenait tous les jours une cuillerée d'huile de ricin qui la faisait aller à la garde-robe.

La douleur était localisée dans la fosse iliaque droite, et caractérisée par des élancements très vifs et subits. Elle était presque toujours accompagnée de fièvre.

On sent dans le côté un empâtement assez volumineux, très douloureux au palper.

M. Michaux fait une laparotomie iliaque et ouvre une collection purulente de pérityphlite.

La malade est sortie guérie le 3 décembre.

OBSERVATION XII (Poncet et Jabouley).

Péritonite purulente généralisée par perforation et gangrène de l'appendice.

Un jeune homme de 15 ans entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Augustin (service de M. le professeur Vinay), au mois d'avril 1889.

Sa maladie avait débuté 10 jours avant par un violent point dans la fosse iliaque droite, suivi de douleurs irradiées dans tout le ventre, accompagnées de vomissements. Le ventre était ballonné, sonore en avant et sur la ligne médiane, mat sur les côtés. La péritonite généralisée était évidente. La température atteignait 40°. Au moment de son passage en chirurgie, l'hyperthémie était la même, mais les extrémités étaient refroidies, les yeux caves et cernés ; le pouls était rapide et petit. De temps en temps, des phénomènes d'excitation agitaient le malade.

Malgré cet état désespéré, la laparotomie fut pratiquée sur la ligne médiane ; elle donna issue à cinq litres de pus, libre dans la grande cavité péritonéale ; mais il y avait en outre un grand nombre d'abcès incarcérés dans les adhérences qui amalgamaient les anses entre elles. En essayant de les dévider, on en ouvrit 8. L'appendice iléo-cæcal trouvé perforé et gangréné fut réséqué. Il contenait immédiatement au-dessus de la perforation et de la gangrène, un bouchon de matières fécales. La mort survint huit jours après. Pendant l'opération qui avait exigé l'anesthésie, le pouls avait filé et presque disparu pendant quelques secondes au moment précis où l'on avait fait un lavage péritonéal à l'eau bouillie.

A l'autopsie, on voyait qu'une assez grande quantité de pus était restée, soit dans l'excavation pelvienne qui aurait dû être

drainée pour assurer un écoulement complet, par la voie ischio-sacrée, soit entre les anses intestinales. L'opération avait donc été incomplète, parce qu'elle était trop tardive et que les lésions étaient trop étendues. Cependant nous estimons qu'il valait mieux encore la tenter malgré l'heure tardive pour faire courir au malade une part de chance de guérison, si minime fût-elle, que le laisser fatalement succomber.

OBSERVATION XIII (Poncet et Jaboulay).

Un adolescent de 16 ans portait au moment où il fut soumis à notre examen (juin 1891) une péritonite septique suppurée généralisée. Les parents nous racontèrent, et les médecins qui soignaient l'enfant avant nous, que les signes actuels avaient été précédés de la présence d'un gros abcès dans la fosse iliaque droite qui avait débuté brusquement, dix jours avant par des coliques et un arrêt des matières fécales. On sentait nettement cet abcès par le rectum, lorsqu'on faisait le toucher bi-manuel. Le traitement avait constitué dans des purgatifs répétés et l'application de glace sur le ventre. Nous n'eûmes pas de peine à rattacher la péritonite, qui venait d'éclater huit heures avant notre intervention, à la rupture de l'abcès périappendiculaire qui avait été souvent pressé et manipulé. Nous décidâmes l'ouverture du ventre immédiatement, d'autant plus immédiate que le malade avait déjà les mains et le nez glacés, le faciès vultueux, le pouls petit et très rapide et du subdélirium.

Après la laparotomie latérale, il s'écoule un pus d'odeur infecte entraînant avec lui trois calculs stercoraux, l'appendice fut réséqué, un lavage pratiqué, et le drainage fait avec de la gaze iodoformée. Mais l'enfant succombait six heures environ après l'opération. C'est l'incision de l'abcès précédant la péritonite qui aurait

dû être pratiquée dès sa constatation, et il est très probable que nous n'aurions pas à enregistrer un décès par péritonite généralisée.

OBSERVATION XV (Poncet et Jaboulay).

Appendicites sans prolifération ni gangrène avec péritonite généralisée.

Joseph G..., 35 ans, entre le 3 août 1890, dans le service de M. le Dr Vinay.

Les accidents qui l'amènent à l'hôpital ont débuté brusquement il y a cinq jours par des douleurs abdominales très vives. Depuis cette époque il souffre de coliques très douloureuses, revenant à intervalles irréguliers. Actuellement état général des plus mauvais, hoquet, renvois, vomissements fréquents, refroidissement du nez, cyanose des extrémités.

Amené dans la salle d'opération de M. Poncet, alors absent, il est opéré séance tenante par M. le professeur agrégé Jaboulay qui le remplace.

Opération. — Laparotomie médiane. Au moment de l'incision du péritoine ; issue d'une grande quantité de liquide citrin. On écarte les causes intestinales et l'on parvient dans l'excavation où l'on trouve une anse rouge recouverte sur un de ses points de fausses membranes qui la maintiennent coudée. On explore avec le doigt la fausse iliaque droite, et l'on sent que tout ici est fixé par des adhérences. L'appendice semble soudé aux anses intestinales voisines. Il est laissé en place et on fait le drainage du péritoine au moyen d'un tube de caoutchouc ; gaze iodoformée dans la plaie.

Le lendemain, tympanisme abdominal assez prononcé, le malade présente de la dyspnée, le diaphragme est immobilisé.

Respiration du type costal supérieur. Le faciès est assez bon, le pouls assez fréquent, plein et régulier.

Le surlendemain mort à 11 heures du soir.

A l'autopsie on trouve l'appendice rouge, tuméfié, avec quelques points blancs disséminés à sa surface et ressemblant à des abcès. Pas de trace de perforation, d'ulcération ou de gangrène.

OBSERVATION XV (Poncet et Jaboulay).

Péritonite sérofibrineuse avec abcès consécutifs à la perforation appendiculaire.

Un homme de 40 ans entre le 30 avril 1891 salle Saint-Joseph. Il présentait des signes d'une perforation de l'appendice vermiculaire dont le début remontait à 4 jours environ.

L'état général était mauvais, le pouls dépressible et petit, le ventre était ballonné. Quelques vomissements et arrêt des matières. Il n'y avait pas de tumeur à droite. Cependant on pratique une large incision iliaque. Il s'écoule un verre d'un liquide roussâtre, fétide. Avec le doigt, on amène un paquet adhérent contenant l'appendice du cœcal. Il était épais, du volume d'un porteplume. La base était perforée. Mais on ne put découvrir de corps étranger. Trois sutures furent appliquées sur son insertion au cœcum après recroquevillement des tuniques. Un morceau de gaze iodoformée fut maintenue dans la plaie pour servir au drainage.

La cicatrisation se fit rapidement et notre homme fut revu un an après, bien portant, sans traces de récurrence, sans tendance à la hernie à travers sa cicatrice.

OBSERVATION XVI (Poncet et Jaboulay).

Un homme de 30 ans était malade depuis 3 jours, il avait des vomissements, du hoquet, 38°, 4. Le ventre était uniformément ballonné, et plus douloureux à droite, vers la fosse iliaque. Il raconte que sa maladie a commencé par une douleur brusque et subite en cet endroit. Il existe à ce niveau un peu de matité.

Séance tenante on fait la laparotomie générale, il sort un pus fétide environ 1/4 de litre. Puis l'appendice se montre, il est perforé et gangréné. La poche est lavée, puis râclée à la gaze. Après quoi, l'appendice est réséqué. Les urines apparaissent rouge, et enflammées.

Le lendemain l'état général s'améliore, il n'y a plus de vomissements, la température tombe à 38°. Cette amélioration continue, si bien que la guérison est obtenue en 8 jours. C'est en mars 1891. Ce malade revu au mois de juin suivant était porteur d'une éventration, d'une véritable hernie à l'endroit de l'ancienne opération.

OBSERVATION XVII (Poncet et Jaboulay).

Un enfant de 12 ans était malade depuis quatre mois, il souffrait dans la fosse iliaque droite, où il était facile de sentir une grosse masse arrondie. La température oscillait entre 38° et 39°. Des signes de péritonite surviennent caractérisés par des vomissements et du ballonnement (avril 1891). La laparotomie latérale fut faite et l'abcès ouvert. Il sortit mélangé au pus un calcul stercoral, révélation d'une perforation appendiculaire. Cependant l'appendice ne se montrait pas dans la plaie opératoire, il ne fut pas cherché d'ailleurs ; et l'on se contenta de laver et de drainer. La guérison survint rapidement.

OBSERVATION XVIII (Roux).

Pérityphlites suppurées.

Henri L..., 8 ans, a toujours eu une bonne santé.

Le 6 novembre 1890. — Il a plusieurs vomissements, une selle; maux de ventre, se plaint le soir aussi en urinant.

Le 7. — Pas de selle; les douleurs augmentent.

Le 8. — Il reste au lit, se plaignant par moments, dort mal.

Le 9. — Une selle; les douleurs semblent encore plus fortes. On appelle déjà un médecin qui ne peut voir le malade.

Le 10. — On appelle le Dr K... qui nous donne ses notes dès ce jour. « L'enfant bien développé pour son âge reste de préférence sur le dos tout en prenant à l'occasion telle position commandée, il peut s'asseoir sans douleur, mouvoir ses jambes, soif, inappétence; maux de ventre spontanés à la pression, langue blanche. La moitié gauche de l'abdomen est normale; à droite, une voussure dans la région cœcale, qui correspond à une tumeur ovalaire, sensible au toucher, mate, parallèle au ligament de Poupart. Elle est immobile, ses limites diffuses n'atteignent pas la crête iliaque.

L'enfant se plaint de temps à autre, pousse un cri au réveil. Fièvre légère. M. K... pose le diagnostic de typhlite avec pérityphlite écartant l'appendicite à cause du début plutôt lent de la maladie. Cataplasmes, opium, diète.

Le 12. — La mère annonce qu'en y réfléchissant elle se rappelle que l'enfant a perdu l'appétit depuis 15 jours, il a eu le 11 une selle, souffre moins, a un peu dormi. P. 123, langue très blanche, pas de douleurs irradiées.

Le 14. — Toute la région est voussurée, la peau présente quelques veines saillantes, pas d'œdème. Palpation douloureuse

qui laisse constater la résistance partout. Une selle. Diagnostic : abcès après perforation, probablement appendiculaire. Demande intervention.

Le 15. — Nous voyons ensemble le petit malade qui a eu une selle avec du mucus louche. Faciès moins bon, quoique nuit tranquille.

Après midi T. 37°,6. Tumeur qui atteint en bas la ligne blanche se contourne en dehors vers l'ombilic, et, suivant le ligament de Poupart dépasse la crête iliaque jusqu'au derniers tiers entre l'épine et le rebord costal. Une zone extérieure sur la tumeur n'est pas mate comme la zone moyenne tandis qu'au centre on a le son tympanique métallique. On déclare urgente l'opération qui est accordée à 8 heures du soir. A ce moment, pouls 114, respiration 32. Pommettes colorées, yeux enfoncés, ventre à peine ballonné, région du côlon aplatie. La tumeur comme tantôt : douleur excessive sur le centre. Régions lombaire et du côlon ascendant presque indolores.

Langue chargée, rouge vif sur les bords.

Narcose à l'éther. Opération en présence de MM. les D^{rs} Krafft, Dumont (de Berne) et Denneville. Incision plus médiane et plus verticale que d'ordinaire. Les couches profondes de la paroi sont œdématiées. Pus stercoral mélangé de flocons analogues à du lait caillé. Irrigation abondante à l'eau cuite. Dans le fond de la cavité, une masse grisâtre, érodée, déchiquetée, gangrenée, qui ressemble à un appendice, mais dans laquelle on cherche en vain une lumière. A ce moment l'enfant contracte ses muscles abdominaux et fait jaillir dans la plaie une grande quantité de lait caillé et de fèces. Il y a une perforation intestinale assez grande pour qu'on puisse avec le doigt reconnaître qu'elle provient de la paroi antérieure du cæcum, car la phalangine palpe la muqueuse du côlon ascendant, le cul-de-sac cæcal pénètre sans résistance dans la valvule de Baulun. Cette

perforation semble plutôt avoir eu lieu de dehors en dedans car les bords en sont retournés en dedans et la muqueuse en particulier n'est visible nulle part. Après avoir lavé abondamment la plaie, on place sur la perforation quelques points de suture au catgut. On ne cherche plus à réséquer le processus vermiforme pour ne pas prolonger outre mesure l'opération. Pas de calcul. Deux sutures à l'angle inférieur de la plaie. Pansement ordinaire.

N. B. — Ce qui prouve aussi que la perforation cœcale a eu lieu de dehors en dedans, c'est que la muqueuse dans son bord libre ne présente aucune excoriation si minime que ce soit, aucune trace d'ulcération, et que la paroi externe du cœcum paraît faire partie de la membrane pyogénique. Le trou est situé dans l'angle entre les bandelettes longitudinale et transversale des fibres entre les hauteurs.

La masse qu'on a prise pour l'appendice est couchée au fond de l'abcès sur la face antérieure, inférieure et médiane du cœcum. La valvule des apothicaires n'oppose aucune résistance ; elle est molle comme un diaphragme de muqueuse, non tendue et ne donne pas l'impression d'une valvule destinée à retenir les matières qui voudraient remonter dans l'intestin grêle. Le doigt y pénètre sans violence et sans chercher nullement. L'abcès contient des gaz. Les caillots blanchâtres sont réellement du lait. La suture de la muqueuse a lieu pour elle-même ; puis vient celle de la paroi.

On se borne ici à rapprocher la marge autour du trou, car cette paroi est si friable qu'il ne peut être question d'une suture au vrai sens du mot, avec l'accollement par première intention comme but.

La cavité de l'abcès est aplatie, lenticulaire, peu profonde, située en somme au-devant du cœcum et des intestins.

Cela explique l'étendue considérable de la tumeur et le tym-

panisme de toute la région en bloc, car au-dessous de la matité on pouvait soupçonner de nouveau le tympanisme intestinal.

Le 27. — L'enfant est sans fièvre, mais on trouve des fèces dans le pansement ; ce qui se répète jusqu'au 28 novembre. La plaie se ferme rapidement ; le 12 décembre on aperçoit de nouveau l'aspect fécaloïde de la sécrétion ; dès lors plus du tout.

L'enfant quitte l'hôpital, digère bien, engraisé, renforcé le 8 février 1891 plusieurs semaines après sa guérison.

On nous le laissa si longtemps parce que à domicile une demi-douzaine de frères et sœurs sont morts de diphthérie, pendant que nous cherchions à conserver celui dont la famille avait d'avance fait son deuil.

OBSERVATION XIX (Roux).

J. A. V., facteur postal, 50 ans, digérait bien antérieurement. Le 29 novembre 1890, après sa journée faite, il ressent une douleur dans la fosse iliaque droite. Il dit expressément que cette sensation n'était pas subite, ni très aiguë, ni même fixe. Cependant il avait quelque inquiétude pendant la nuit. Il n'a pas eu jusqu'ici de vomissements, mais il mange un peu moins chaque jour. Selles régulières, plutôt fréquentes, liquides. Alité toute la semaine. Ça et là douleurs colitiques, vents. Douleurs dans la région assez fréquentes. Pas de douleurs dans la cuisse droite ; ni dans les lombes, sauf s'il se lève.

Le 2 décembre. — Ballonnement, cataplasme, iode.

Le 4. — Les douleurs n'ont pas augmenté, l'état se maintient bon, mais le médecin constate une tuméfaction en un point que le malade avait indiqué comme engorgé et sensible.

Etat le 5 décembre à son arrivée à l'hôpital (résumé). Ventre non déprimé. Dans la région iliaque droite, on perçoit une vous-

sure qui correspond à une matité circonscrite, douloureuse sur une tumeur arrondie, grosse comme une orange, adossée au ligament de Poupart et s'étendant jusqu'aux $\frac{4}{5}$ de la distance à l'ombilic. Les limites en dedans sont à un travers de doigt de la ligne blanche, en haut et en dehors à 1 cent. 2 de là de la ligne spinoso-ombilicale. Palpation et percussion douloureuses. La percussion mate sur le pourtour de la tumeur laisse soupçonner un léger tympanisme à son centre.

La tumeur semble un peu mobile, paraît peu épaisse en profondeur et située immédiatement derrière les parois abdominales. Cœur et colon vides, non infiltrés, non douloureux. Pas de douleurs spontanées en ce moment. Miction normale. Selle ce matin. Appétit normal ; langue bonne, pas soif. Température semble normale.

L'urine ne contient ni albumine ni sucre.

Diagnostic. — Pérityphlite appendiculaire suppurée ou foyer situé un peu en avant et en dedans.

L'état ne paraissant pas trop menaçant, on retarde l'intervention jusqu'au lendemain pour la démonstration clinique. T. 38°, 2, 38°, 3 ; le malade souffre quelque peu. La nuit est mauvaise ; les tranchées empêchent le sommeil.

Le 6. — Présentation clinique.

Opération. — Éthérisation. Incision de 8 centimètres 10 décimètres un peu moins oblique que d'ordinaire parce que la tumeur n'est pas intimement accolée au ligament de Poupart et à l'épine. Fascia transversalis et péritoine infiltrés à 5 ou 8 millimètres ; immédiatement au-dessous un petit abcès stercoral limité en avant par le péritoine pariétal, en arrière par le cœcum des anses grêles des masses d'adhérences et l'épiploon au milieu desquels on trouve l'appendice long de 8 décimètres, gangrené d'un bout à l'autre crevé à deux places, attaché cependant à ses deux bouts et englobé dans les masses voisines.

Il est verdâtre, contient de petits débris de matières fécales dures, un peu de bouillie stercorale et se dirige de droite à gauche en formant un arc à convexité antérieure. L'extrémité de l'appendice est engagée dans les adhérences vers la ligne blanche ; sa base tient encore par la muqueuse sur un tronçon dont la paroi séro-musculaire épaissie, infiltrée, fait une sorte de collet autour du tuyau sphacélé qu'elle déborde. Résection de ce moignon, à moins d'un centimètre du cœcum. Sutures au catgut. Deux points dans les parois abdominales.

Le 8. — Pansement, irrigation. On change le drain et le tampon de gaze iodoformée.

Le 24 décembre. — Pansement collodioné, le malade pourrait rentrer chez lui, mais c'est un moment dangereux pour un facteur. Exéat avec une sangle, en parfait état le 5 janvier 1891. La cicatrice semble ferme ; l'opéré mange de tout et n'a aucun malaise. Actuellement il va très bien.

OBSERVATION XXI (Roux).

Mme G..., âgée de 40 et quelques années, a souffert en 1884 de douleurs dans la région iliaque droite; on ne pouvait pas nettement exclure quelque participation de l'ovaire droit (il n'y eut pas d'examen vaginal) mais on pensait déjà alors à une typhlite. Elle eut dans la suite, à plusieurs reprises, des exacerbations d'une douleur localisée fréquemment dans la région cœcale, c'était le plus souvent au moment des règles.

Le cœcum restait palpable, épaissi, engorgé. Le 17 novembre 1890, le Dr D... la trouve vomissant tout depuis la veille après un gros chagrin. Le cœcum est douloureux. Codéine 0,05/170.

Le 20. — Le cœcum est gros, sensible à la pression, tympanique ; il présente des gargouillements, il offre la sensation d'une

feuille de carton trempé, tandis que le côlon ascendant n'est pas douloureux, glace intus, lavement.

La glace ramène les vomissements le 21.

Le cœcum paraît un peu moins douloureux le 22 ; la résistance a beaucoup diminué.

L'ingestion d'un zureback provoque un nouveau vomissement, avec violente douleur le soir. Le lendemain la résistance a de nouveau augmenté beaucoup. Matité en dehors et en arrière. La région sensible augmente aussi un peu en avant tandis que le reste de l'abdomen n'est ni ballonné ni douloureux. La place résistante par contre est beaucoup plus douloureuse à la palpation comme aux vomissements. La douleur est vive, surtout sur côté externe, pas en arrière.

Depuis ce soir (23) la malade ne peut fléchir la cuisse sans une vive douleur. Selle spontanée. Pouls 76. Injection de morphine. Le 24, on trouve le malade dans une euphorie complète depuis la piqure. T. 37°,6. P. 60 à 80.

Le jour suivant, de même, plus de douleurs ni vomissement. Une selle liquide jaune sans pus. Cependant la tuméfaction du cœcum est douloureuse à la pression, quoique pas spontanément, la patiente remue sa jambe sans douleur.

Le 26. — Une selle très fétide, après un lavement. Le 27, les vomissements reparaissent avec douleurs spontanées dans la tuméfaction qui est de nouveau plus résistante. La perforation qui semble avoir eu lieu dans l'intestin serait en apparence insuffisante. La tuméfaction a augmenté encore jusqu'au 29, la matité avance en dehors et en arrière. La douleur gagne la ligne médiane, vomissements, la température n'a jamais dépassé 37°,9 le soir.

Nous voyons la malade à plusieurs reprises ; l'opération proposée le 23 comme utile, le 28 comme nécessaire, est enfin acceptée par le mari le 30.

Le 23, on sentait la tumeur ovoïde parallèle et accolée au ligament de Poupart, n'atteignant pas le rebord externe du grand droit de l'abdomen en dedans et dépassant quelque peu l'épine iliaque, en haut et en dehors, elle était douloureuse en son centre seulement à la pression. Pas de douleurs à la percussion dans le voisinage, ni spontanément. Ventre mou, indolore. Pas d'engorgement du côlon, lors même qu'on avait l'impression d'une submatité.

Le 28. — La tumeur a beaucoup augmenté, elle atteint les $\frac{4}{5}$ de la ligne spinoso-ombilicale; elle touche le grand droit; elle s'élève à partir de l'épine iliaque, gagnant peu à peu le bord des côtes. Pas de douleurs à la percussion, sauf au centre toujours. Reste de l'abdomen insensible.

Le 27. — Piqûre de morphine, le 28 au soir toujours pas de douleurs, mais la langue mauvaise, saburrale, sèche. Le 30 la tumeur a augmenté encore, la limite du côté du rebord costal est moins franche. Submatité nette sur le côlon qui est douloureux à la pression aux lombes. Douleurs à la percussion partout. Le reste de l'abdomen indolore jusqu'aux limites exactes de la tumeur qui arrive maintenant jusqu'à l'ombilic, elle atteint largement le bord du grand droit, vers l'épine, l'intestin est sûrement engorgé.

Ethérisation le 30 après-midi. Incision de 9 centimètres environ; infiltration des fasci, abcès en dehors et au-dessous du cœcum équivalant à deux ou trois cuillerées à soupe. Sphacèle total de l'appendice (de 6 centimètres de long), qui est expulsé dans le premier jet de pus, à son extrémité matières fécales bien claires, peu dures, avec un centre plus blanc, allongé comme un grain de riz aplati.

Suture du péritoine, puis suture commune des autres plans deux points à l'angle supérieur de la plaie, un à l'autre. Irrigation à l'eau salée. Drain, gaze iodoformée. Le soir, pouls 76, plus de vomissements. Le soir du 1^{er} décembre vives douleurs par

réten tion de pus P. 96 ; T. 37°, 7 ; vomissements, etc. Depuis plus de ballonnement, etc. On ôte les sutures le 7 décembre. Depuis le 4, la malade mange et le 18 décembre 1890 elle se lève guérie avec sa sangle de Glénard.

OBSERVATION XXII (Roux).

Marc B..., imprimeur, 22 ans, qui a toujours eu bonne santé et digestion normale, est pris subitement le 12 novembre 1890, vers 5 heures du soir, au milieu de son travail, d'une forte douleur dans l'abdomen à droite.

Il termine sa tâche, mais il se couche en rentrant chez lui, après avoir bu un peu de café. Il n'était pas constipé les jours précédents, mais ne peut dire s'il a eu le 12 une selle ou non, il avait mangé après dîner deux pommes qu'il croit coupables. Fortes douleurs durant toute la nuit ; le matin il rejette telle qu'il l'avait injérée sa tasse de café.

Il se lève cependant, va annoncer à son patron qu'il ne peut travailler et se rend chez un médecin dont il reçoit les poudres effervescentes.

Il reste au lit et mange avec dégoût de la viande jusqu'au 10 novembre. Pas de selles jusqu'au 15 où il prend de lui-même du sel d'Angleterre et va voir son médecin qui lui prescrit des cachets et une mouche de Milan *loco dolenti*. Plusieurs selles diarrhéiques.

Le 16. — Il recommence à vomir ce qu'il prend, les douleurs sont contenues avec exacerbations fréquentes de caractère, lavement sans irradiation dans la cuisse qui reste étendue.

Le 17. — Début des cataplasmes ; diète liquide, tous les solides étant rendus. Les boissons provoquent toujours des nausées et des vomissements.

Le 18. — Nouvelle dose de set d'Angleterre avec même effet que la première, il a eu encore une selle le 19 au soir et le 20 au matin.

Le 18. — Il s'aperçoit que le côté droit de son abdomen semble plus gros, plus dur, plus tendu ; il dit avoir eu dans cette région l'impression d'un poids qui l'empêchait de souffler. Le 19, pour la première fois un vomissement jaunâtre, de mauvaise odeur, alors que tous les autres contenaient seulement ce qui venait d'être ingéré ; cette fois l'effort fut plus violent et les douleurs durèrent intolérables (Dès le 17 et 18, sa soif ardente, mauvaise bouche, petits frissons). On appelle en hâte le médecin le 20 au matin parce que le malade sent que son état s'est singulièrement aggravé depuis qu'il a rejeté le 19.

Aucune question ne parvient à découvrir un traumatisme ou autre cause à incriminer pour le début de ce mal.

Etat abrégé au 20 novembre, à son entrée à l'hôpital. Jeune homme bien bâti, pommettes rouges ; un peu cyanosées. Langue large, pâteuse, à bords rouges, pas sèche. Pouls mou 128. La respiration provoque des douleurs abdominales, douleurs spontanées dans la région iléo-cœcale seule. La percussion, à peine douloureuse, révèle une dose de submatité qui atteint la ligne blanche sur la symphyse, monte verticalement et s'incline à droite, passant entre le troisième et le quatrième, cinquième de la ligne spinoso-ombilicale, pour rejoindre presque transversalement la crête iliaque à trois travers de doigt en arrière de l'épine antérieure, supérieure. Dans une zone concentrique à celle-ci, à 2 centimètres en dedans, on trouve une matité plus prononcée mais pas absolue, qui correspond à une voussure visible ovoïde, parallèle au ligament de Poupart qui la limite en bas et en dehors ; et sur la convexité maximum de laquelle on perçoit à nouveau un mélange tympanique. La percussion y est douloureuse, c'est aussi là que le malade localise la douleur spontanée. La palpa-

tion montre l'existence d'une tumeur limitée comme la partie mate adhérente au ligament de Poupart, immobile dans la fosse iliaque. Par derrière on trouve la région du côlon ascendant aussi douloureuse, avec submatité, qui correspond à celle de la tumeur et se perd peu à peu dans celle-ci en avant par le flanc.

Diagnostic. — Pérityphlité suppurée, appendiculaire, perforatrice.

22. Vu l'état assez bon des forces, on endormira le malade et on cherchera à réséquer l'appendice, à moins que cela ne prolonge outre mesure l'intervention.

N. B. — La tumeur est uniforme, élastique, nulle part fluctuante; le malade peut élever la cuisse sur le bassin sans douleur.

Opération séance tenante à la lumière électrique. Ethérisation, incision de 10 centimètres environ, moins étendue en dehors et en arrière de la spina parce qu'on s'attend à trouver le pus immédiatement sous la paroi abdominale et qu'il n'y aura donc pas à décoller le cœcum. Après la section des muscles, on trouve une légère infiltration du tissu préopératoire. A l'incision du péritoine le pus s'échappe assez abondant d'odeur stercorale caractéristique. Irrigation à l'eau tiède. Au fond de la plaie, l'appendice complètement nécrosé, le doigt constate la présence d'un calcul à sa base. Le sphacèle a transformé tout l'appendice en une gaine uniforme, verdâtre, glaireuse, sur laquelle on ne peut distinguer une autre perforation. Cette masse encore fixée quelque peu au fond de la fosse iliaque par un mésenténolum qui l'aborde par derrière et en dedans, est séparée d'un coup de ciseaux. On ne se préoccupe pas de rechercher et d'oblitérer le trou dans le cœcum, c'est-à-dire le point d'insertion de l'appendice. On place un drain enveloppé de gaze iodoformée. On suture au catgut le fascia du grand oblique, puis deux points en masse à travers toutes les parois abdominales à chacune des deux extrémités de la plaie rétrécissant cette ouverture autant que possible.

Le processus, évidemment inséré au fond du cœcum, se rapprochait de la paroi antérieure de l'abdomen occupant le bord interne de la cavité purulente et décrivant un arc à convexité médiane. Cette cavité est bordée en haut par le cœcum sur la face antérieure duquel elle empiète quelque peu ; en arrière comme en dehors par les parois de la fosse iliaque en dedans et en bas par des adhérences où l'on croit remarquer l'épiploon, impossible dans cette masse grisée, de couleur suspecte, de reconnaître les anses intestinales.

La forme générale de cette poche correspond assez exactement à celle de la tumeur palpée dont elle est une réduction, c'est-à-dire le centre.

Le calcul représente assez bien un grain de café, sans rainure, il est formé de fèces d'un brun clair grisâtre, de consistance dure. Une parcelle se détache de la partie principale sur laquelle on peut l'adapter de nouveau exactement. Drain qu'on ôte le 30. Le 6 décembre la plaie sécrète à peine, se ferme rapidement. Pansement collodionné. Le malade mange de tout, n'a plus aucun trouble de digestion et sort guéri le 23 décembre muni d'une sangle de Glénard.

OBSERVATION XXIII

Plusieurs opérations de Mandach. *Correspondent blatfür Schnetzer Altzer*, p. 11, 1891.

Fille de 4 ans 1/2, prise subitement de violentes douleurs abdominales, puis deux jours plus tard de fièvre et de vomissements verdâtres. Nulle part de matité et de tumeur. Deux jours et demi après laparotomie sur la ligne blanche.

Epiploon, péritoine vésical et pariétal, mésentère conscrit et baigné de pus en partie floconneux. De chaque repli mésentéri-

que et du petit bassin sourd, un peu crémeux, fécaloïde. L'extrémité libre de l'appendice cœcal présentait une perforation par laquelle sortait un petit coprohille ayant la forme d'un petit noyau de poire. Amputation et ligaturé à la soie de l'appendice. Mort au bout de 7 heures dans le collapsus.

OBSERVATION XXIX (de Mandach).

Garçon de 11 ans ; matité grande comme la main, en avant de l'épine iliaque au bord supérieur et excessive douleur à la pression à ce niveau. Au palper tumeur bien délimitée de la grosseur, d'un œuf d'oie, qui peu à peu devient fluctuante.

Une ponction exploratrice ayant donné du pus d'odeur fécaloïde (Von Mandach ouvre l'abcès le dix-huitième jour à l'aide d'une incision ratissée analogue à celle de la ligature de l'iliaque primitive. Dès que le fascia transversé eut été sectionné le péritoine distendu et friable se rompit laissant sortir du pus fétide, les parois internes du foyer étaient formées par trois anses intestinales légèrement soudées, dont l'une paraissait être le cœcum. L'appendice vermiforme demeura invisible et on renonça à le chercher ; lavage du foyer purulent au sublimé. Tamponnement de la cavité avec de la gaze iodoformée. Guérison apyrétique par deuxième intention.

OBSERVATION XXV (de Mandach).

Garçon de 14 ans, la partie du ventre sise au-devant de l'épine iliaque antéro-supérieure droite et de la région lombaire correspondante sont très douloureuses à la pression, pas de matité, de vomissements, ni de hoquets, constipation depuis plusieurs jours, glace, opium, diète, liquide et repos. Après une amélioration

momentanée, douleur dans la région lombaire, où se forme peu à peu, tumeur matte à la percussion, limitée en bas par la crête iliaque, en haut par le bord inférieur au foie et en avant par la ligne axillaire inférieure. Le dix-septième jour après une ponction exploratrice qui donna du pus, incision de 12 centimètres de long, alors gros comme les deux poings, renfermant du pus d'odeur fécaloïde dans lequel se trouve un calcul fœtal gros comme un haricot. Impossible de trouver la perforation, le péritoine très aminci, mais intact, lavage au sublimé.

OBSERVATION XXVI (De Mandach).

Fillette de 10 ans. Matité circonscrite dans la région iléo-cœcale. Vomissements, hoquet 40°. Glace et opium. Rémission des symptômes coïncidant avec le développement à la région lombaire d'une tumeur fluctuante qu'on ouvre en donnant issue à une ou deux cuillerées de pus fécaloïde. L'éruption reste fistuleuse et l'enfant a de la fièvre chaque fois que l'orifice tend à se refermer. Incision du trajet fistuleux, le doigt recèle la présence dans la région iléo-cœcale d'un foyer purulent gros comme un œuf de poule. Nouvelle incision oblique et longue de 6 centimètres à 2 centimètres en avant et en-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure. Section couche par couche des muscles et des aponévroses en évitant le péritoine. Ouverture de l'abcès sous le doigt. La cavité est revêtue de bourgeons flasques. Tamponnement avec la gaze iodoformée, grattage du trajet fistuleux. Suture du nusitrat de la peau, drain. Guérison apyrétique.

OBSERVATION XXVII (de Mandach).

Un homme de 50 ans, après une semaine de douleurs abdominales mal définies est pris de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, on constate une tumeur solide résistante dans toute la région du cœcum. Six semaines après survient une thrombose de la veine iliaque externe droite. Une ponction exploratrice dans la tumeur ne donne aucun résultat. Quatre mois après ouverture d'un abcès au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. Issue de pus fécaloïde fétide. Drainage derrière le cœcum, pas d'amélioration, cachexie progressive, mort le huitième mois. A l'autopsie, appendice vermiforme et tortueux derrière un gros clapet purulent. Trombus adjacents des veines iliaques primitives et de la veine-cave inférieure.

L'appendice est perforé en plusieurs points.

CONCLUSIONS

1. — Les pérityphlites présentant des lésions très variables, le même traitement ne leur est pas applicable.

2. — Cette différence de traitement se justifie encore par la façon très différente dont semblent évoluer des lésions pourtant semblables.

3. — Mais la situation anatomique mieux connue de l'appendice vermiculaire, l'étude des statistiques de mortalité, les résultats fournis par l'anatomie pathologique, démontrent que dans beaucoup de cas le traitement médical est tout à fait insuffisant.

4. — Il faut absolument intervenir si la péritonite a de la tendance à se généraliser, ou bien si l'affection persiste indéfiniment avec des phénomènes de septicémie chronique. Il semble aussi qu'on soit autorisé à intervenir s'il y a des récidives continuelles.

5. — Dans les autres cas, la majorité des chirurgiens est d'avis d'attendre qu'il y ait des phénomènes manifestes de collection purulente.

6. — Il semble que le plus souvent l'incision à préférer est celle que l'on emploie pour la ligature de l'artère iliaque.

Vu : le Président de thèse,
LABOULBÈNE.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- TUFFIER. — Etude sur le cœcum et ses hernies, 1887.
- BOUVERET. — Thèse de Lyon, 1888.
- PRAVAZ. — De la pérityphlite et de son traitement. Lyon, 1888.
- F. TRÈVES. — Britisch. méd. journ., 9 novembre 1889.
- W. MURRAY. — Méd. journ.. 1890.
- ROUX DE LAUSANNE. — Revue médicale de la Suisse rom., 20 mai 1880.
- NORMAN BRIDGE. — New-York méd. journ., 24 mai 1890.
- F. DENNIS. — Méd. News., 28 juin 1890.
- GERSTER. — New-York méd. journ., 5 juillet 1890.
- RECLUS. — Bulletin de la Société de chirurgie, 30 juillet 1890.
- TUFFIER ET HALLION. — Archives générales de médecine, septembre 1890.
- BERGER, RICHELOT, ROUTIER. — Bulletin de la Société de chirurgie, 15 octobre 1890.
- SCHWARTZ, RECLUS, TERRIER. — Ibid, 29 octobre 1890.
- STIMSON. — New-York, med. Journ., 25 octobre 1890.
- HERMANN KÜNMELL de Hambourg. — Arch. f. Klin. Chir., 1890.
- SONNENBURG. — Renvers. Guttman. Fürbringer. Berlin, 1890.
- LOUIS MARIAGE. — Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans les inflammations péri-cœcales. Thèse de Paris, 1891.
- BENOÎT. — Contribution à l'étude des appendicites. Thèse de Paris, 1891.
- PEARCE GOULD. — Société clinique de Londres, 6 mars 1891.
- RICARD. — Gazette des Hôpitaux, 7 février 1891.
- JULES SIMON. — Des accidents prémonitoires des typhlites, pérityphlites et appendicites, 11 mars 1891.

TALAMON. — Des causes d'erreur dans le diagnostic de l'appendicite. Médecine moderne, 14 janvier 1892.

COURTOIS-SUFFIT. — Typhlite et appendicite. Nouveau traité de médecine (Charcot et Bouchard), tome III, page 467.

AD. JALAGUIER. — Typhlite et appendicite. Nouveau traité de chirurgie (Duplay et Reclus), tome VI, page 501.

TALAMON. — Appendicite et pérityphlite (Bibliothèque Charcot-Debove), 1892.

TABLE

PRÉFACE	3
HISTORIQUE	7
TRAITEMENT	31
OBSERVATIONS	42
Premier groupe (Reclus)	42
Deuxième groupe (Tuffier)	46
Troisième groupe (Michaux)	58
Quatrième groupe (Poncet et Jabouley)	60
Cinquième groupe (Roux)	65
Sixième groupe (Mandach)	76
CONCLUSIONS	80
BIBLIOGRAPHIE	81

